Annata 1943 - (Vol. L) Roma, 27 Dicembre 1943-XXII Num. 52 (fine)

IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA ED IGIENE

FONDATO NEL 1893 DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

Volume L - Anno 1943

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER L'ANNO 1944

Singoli:	Italia	Cumulativi:	Italia
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA	L. 130	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica)	L. 200
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA	L. 85	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 200
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA	L. 85	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chir.)	L. 260

Un Fascicolo separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 16; della PRATICA L. 7.

ROMA
Editore: LUIGI POZZI
N. 14 — Via Sistina — N. 14

1943

Collaboratori effettivi della Sezione Pratica per l'anno 1943

Aiazzi Mancini prof. Mario - Firenze.
Aliotta dott. N. - Roma.
Angeli prof. Aurelio - Prato.
Arduini dott. Mario - Roma.
Baggio prof. Gino - Pisa.
Barbieri dott. Pierluigi - Roma.
Baserga dott. A. - Pavia.
Bendandi dott. Giuseppe - Roma.
Bertolini dott. A. - Roma.
Betto dott. Giuseppe - Catania.
Biddau prof. Igino - Roma.
Bile prof. Silvestro - Istonio.
Bonaccorsi prof. Antonino - Grosseto.
Boncompagni dott. P. - Arezzo.
Bonezzi dott. G. - Pavia.
Bonoli dott. Umberto - Portomaggiore.
Borgognoni dott. Ezio - Farnese.
Bravetti dott. Silvano - Abbazia.
Brenci dott.a Augusta - Asti.
Brutti dott. Alberto - Farnese.
Calabrese dott. Giulio Antonio - Roma.
Caputi dott. Francesco - Bari.
Carboncini dott. Guglielmo - Bologna.
Caspani dott. R. - Pavia.
Carnielli dott. Pietro - Udine.
Casati dott. A. - Firenze.
Cavina prof. Giovanni - Firenze.
Cerami dott. Alfredo - Palermo.
Cerciello dott. Raffaele - Roma.
Chiasserini prof. Angelo - Roma.
Chidichimò dott. Guido - Roma.
Chieffi dott. Tommaso - Roma.
Chini prof. Vittorio - Bari.
Colarizzi prof. Arrigo - Roma.
Comel prof. M. - Modena.
Conforto dott.a Silvia - Roma.
Coppo prof. Mario - Roma.
Corelli prof. Fernando - Roma.
Corinaldesi prof. Silvio - Imola.
Costa dott. Luigi - Tripoli.
Cottini prof. Giov. Battista - Sassari.
Cozzutti dott. Giacomo - Milano.
Crotti dott. Arnaldo - Roma.
Cutuli dott. Salvatore - Roma.
Dainelli dott. Maurizio - Todi.
Dati dott. Teuclo - Roma.
Debenedetti prof. E. - Asti.
De Benedetti dott. Leone - Asti.
De Bernardinis prof. Virginio - Roma.
De Caro dott. Diego - Roma.
De Gasperis dott. Angelo - Venezia.
De Vecchis prof. Beniamino - Roma.
Dolfini prof. Giulio - Trento.
Dragotti dott. Giuseppe - Roma.
Fabri prof. Giuseppe - Roma.
Faucci dott. Ugo - Livorno.
Fegiz prof. Giusto - Roma.
Ferraro dott. Dante - Roma.
Ferrero dott. Gian Pietro - Borca di Cadore.
Finocchiaro dott. R. - Roma.
Firinu dott. Francesco - Cagliari.
Fivoli dott. Carlo - Roma.
Flarer prof. Franco - Padova.
Frugoni prof. Cesare - Roma.
Fumarola prof. Angelo - Roma.
Gaetano dott.a Maria - Roma.
Gaifami prof. Paolo - Roma.
Galeotti dott. Guido - Firenze.
Galli prof. Giovanni - Como.
Giardini dott. Franco - Ancona.
Giugni prof. Francesco - Rimini.
Grassi dott. Giuseppe - Roma.
Grassi Bertazzi dott. Cesare - Catania.
Grasso prof. Rosario - Roma.
Guarnieri dott. Francesco - Bari.
Gucci prof. Giuseppe - S. Gimignano.
Gueli dott. Ignazio - Roma.
Harkevitch dott.a Nina - Firenze.
Iandolo prof. Costantino - Roma.
Impallomeni prof. Rosario - Firenze.
Jasonni dott. Enrico - Bologna.
Jerace prof. Felice - Roma.
Lioia dott. Nicola - Roma.
Lo Cascio dott. Ferdinando - Palermo.
Lorenz prof. Alberto - Vienna.
Maccolini dott. Roberto - Bologna.
Malan prof. E. - Catania.
Marconi dott. Federico - Roma.
Marcotulli dott. Dante - Roma.
Marcucci dott. Gennaro - Roma.
Marino dott. Valfredo - Roma.
Mariotti dott. Maurizio - Ancona.
Maroncelli dott. Pietro - Roma.
Messini prof. Mariano - Roma.
Milani prof. Eugenio. - Roma.
Mòglie prof. Giulio - Roma.
Montesano dott. Vinc. jun. - Roma.
Montesano prof. Vincenzo - Roma.
Mucci dott. Mario - Careggi (Firenze).
Ninfo dott. Giovanni - Salemi.
Niosi prof. Francesco - Pisa.
Pala dott. Antonio - Roma.
Palumbo prof. Vincenzo - Firenze.
Patrignani prof. Franco - Ancona.
Patrono prof. Vito - Roma.
Pedatti dott. - Lugano.
Peresson dott. Alvise - Vito d'Asio.
Pieri prof. Gino - Udine.
Policaro prof. R. D. - Modena.
Pulitanò dott. Eusebio - Roma.
Rastelli prof. Mario - Roma.
Redi prof. Rodolfo - Cagliari.
Ricci dott. Flaminio - Roma.
Ricci dott. Germano - Roma.
Roberti dott. Carlo - Firenze.
Rocchi prof. Filippo - Roma.
Rogari dott. Ernesto - Roma.
Rothenbach ing. Walter - Firenze.
Rubegni prof. Renato - Roma.
Ruggieri prof. Ettore - Roma.
Russolillo dott. Michele - Napoli.
Salotti prof. Adelchi - Siena.
Salsano dott. Domenico - 54° Ospedale da Campo.
San Martino dott. N. - Ancona.
Santillo dott. T. - 158° O. C. Direzione di Sanità, Intendenza A. S.
Sardi dott. Francesco - Asti.
Schupfer prof. Francesco - Firenze.
Scimone prof. Ignazio - Roma.
Scotti dott. Giuseppe - Krasta (Albania).
Secco prof. Carlo - Verona.
Selvaggi avv. Giovanni - Roma.
Serafini dott. Umberto - Roma.
Servino dott. Vincenzo - Roma.
Silvestroni prof. Ezio - Padova.
Silvestroni prof. E. - Roma.
Soli prof. Duilio - Pavia.
Sovena dott. Aldo - Roma.
Stefani dott. Stefano - Roma.
Tagariello dott. Pietro - Padova.
Tamburello dott.a Sara - Roma.
Tassi dott. Dante - Bolzano.
Tegoni prof. Guido - Roma.
Timpano prof. Pietro - Reggio Cal.
Torrioli prof. Mario - Roma.
Tosatti dott. - Roma.
Turchini dott. I. - Arezzo.
Vagliano prof. Marino - Atene.
Valdoni prof. Pietro - Firenze.
Valori dott. Luigia - Roma.
Verney dott. Lorenzo - Roma.
Vernoni prof. Guido - Roma.
Vicentini dott. Ferdinando - Roma.
Vincenti dott. Mario - Roma.
Visani dott. Armelino - Roma.
Zacco dott. M. - Roma.

INDICE GENERALE

VOLUME L - 1943

Indice per rubrica

Pag.

LEZIONI E PROLUSIONI

LAVORI ORIGINALI

NOTE E CONTRIBUTI

OSSERVAZIONI CLINICHE

DALLA PRATICA PER LA PRATICA

Pag.

PROSPETTIVE

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI

TECNICA
(medica, chirurgica, radiologica, di laboratorio)

MEDICINA SOCIALE

CLINICA E LABORATORIO

SCIENZA E RELIGIONE

STORIA DELLA MEDICINA

*

Pag.

RIVISTE SINTETICO-CRITICHE
STUDI RIASSUNTIVI

CRONACA MEDICA

EPIDEMIOLOGIA

RILIEVI E COMMENTI
TRIBUNA LIBERA

ACCADEMIE, SOCIETÀ, CONGRESSI

CENNI BIBLIOGRAFICI - NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE*

Indice alfabetico delle Materie

D

E

F

G

H

I

N

O

P

Indice alfabetico degli autori.

Pag.

E

F

G

H

I

J

L

K

C. Frugoni, Redattore capo — A. Pozzi, resp.

Affinchè i lettori possano apprezzare l'importanza dei contributi originali che vengono accolti nella Sezione Medica (a periodicità mensile) **del "POLICLINICO", riportiamo l'Indice alfabetico dei contributi stessi pubblicati nel Volume L (1943):**

C. Frugoni, direttore — A. Pozzi, resp.

Affinchè i lettori possano apprezzare l'importanza dei contributi originali che vengono accolti nella Sezione Chirurgica (a periodicità mensile) **del "POLICLINICO", riportiamo l'Indice alfabetico dei contributi stessi pubblicati nel Volume L (1943):**

R. ALESSANDRI - R. PAOLUCCI, direttori

Roma - Società Tipografica Editrice Italiana - Via C. Fracassini, 60

VOLUME L — Roma, 4 Gennaio 1943 - XXI — Num. 1

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

Per l'anno 1943.

Ai Medici Italiani,

Mai come in questo periodo la composizione complessa del **POLICLINICO** *risponde alle esigenze culturali dei medici italiani. Infatti la riduzione che le necessità dell'ora impongono, rende più accurata la selezione dei lavori e inevitabile la brevità di essi. Ma la restrizione che ogni periodico subisce è però nel* **POLICLINICO** *compensata dalla contemporaneità delle sue tre sezioni, sicchè la* Pratica, la Medica e la Chirurgica, *l'una e l'altre completandosi in armonica integrazione, dànno al medico possibilità di sinteticamente seguire quanto nei vari campi va compiendosi di progresso scientifico e di pratica attuazione.*

D'altra parte l'alta coltura e la produzione scientifica in Italia non hanno subìto dai tempi limitazione o rallentamento. È stato infatti constatato con il più alto compiacimento che i congressi di medicina e di chirurgia e molti altri raduni scientifici sono stati in questi ultimi tempi tenuti e frequentati come non mai e densi di importanti comunicazioni e di lavoro.

La vita del pensiero sembra anzi avere oggi maggiori esigenze. E poichè la letteratura internazionale è in gran parte o eliminata o interrotta, il medico italiano sente sempre più vivo il bisogno e il desiderio di conoscerla, di approfondirla, di seguirla. Il **POLICLINICO,** *che proprio 50 anni orsono veniva fondato dal grande clinico medico di Roma Guido Baccelli, corrisponderà sempre più ai suoi alti compiti e alle complesse e giuste esigenze della classe medica italiana che considera il* **POLICLINICO** *come il periodico che ogni medico deve avere anche per la grande cura con la quale le varie rubriche di interessi professionali e sindacali sono tenute.*

Nell'iniziare il nuovo lavoro il **POLICLINICO** *rivolge il suo più profondo saluto di reverenza e di ammirazione ai medici caduti in guerra e a quelli che, oltre i confini e in Paese, tutto dànno di sè per l'assistenza tecnica e morale dei feriti e dei malati, purpureo glorioso sacrificio per la futura tranquillità e grandezza del nostro Paese.*

LA REDAZIONE

Abbonamenti cumulativi con "Il POLICLINICO„ per il 1943

Tre Riviste di branche speciali della medicina pubblicate dalla Ditta LUIGI POZZI, editore - ROMA

concesse in abbonamento cumulativo con "IL POLICLINICO„ per l'anno 1943.

Gli associati al « Policlinico », a qualunque Serie siano essi abbonati, potranno ricevere i fascicoli che si pubblicheranno durante l'anno 1943 di qualsiasi delle tre seguenti Riviste, **di nostra edizione**, di speciali branche della medicina e chirurgia, alle condizioni qui sotto indicate in ciascuna delle stesse e cioè:

CUORE E CIRCOLAZIONE

periodico mensile illustrato diretto da CESARE FRUGONI, Clinico Medico di Roma

Redattori: C. MELDOLESI (Catania), C. PEZZI (Milano), V. PUDDU (Roma), A. SEBASTIANI (Roma).

Segretario di Redazione: Prof. A. POZZI

Ogni fascicolo si compone di 32-36 pagine di testo distinto in 3 parti: a) Lavori originali, lezioni e conferenze; b) I periodici specializzati; c) Tra le Riviste ed i congressi; d) Notizie bibliografiche.

ABBONAMENTO ANNUO: **Italia L. 60; Estero L. 75; Un num. sep. L. 7; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 55; Estero L. 70**

N. B. — I nuovi abbonati del 1943 possono ottenere le ultime due annate (1941 e 1942 incluse) che costano L. **120**, per sole L. **100** in Italia e per sole L. **130** all'Estero.

LA CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA

Rivista mensile per i Medici pratici

diretta da PAOLO GAIFAMI Professore di Clinica Ostetrica e Ginecologica nell'Università di Roma

Ogni fascicolo si compone di 36-40 pagine di testo distinto in 3 parti: a) Lavori originali, fatti e documenti (clinici e anatomici), la rubrica degli errori, la rubrica coloniale, la pagina del medico pratico, ecc.; b) Recensioni quesiti e commenti, bibliografia; c) Varietà, notizie.

ABBONAMENTO ANNUO: **Italia L. 60; Estero L. 75; Un num sep. L. 7; Per gli assoc. al Policlinico; Italia L. 55; Estero L. 70**

N. B. — I nuovi abbonati del 1943 possono ottenere le ultime tre annate (1940 a 1942 incluse) che costano L. **180**, per sole L. **150** in Italia e per sole L. **200** all'Estero.

IL VALSALVA Rivista mensile di Oto-Rino-Laringojatria

Fondata da GUGLIELMO BILANCIONI

Direttore: Prof. ARNALDO MALAN, Clinico Oto-Rino-Laringoiatra di Torino. — Redattore capo: Prof. DONATO DI VESTEA, Roma.

Questa rivista, che è ormai al diciottesimo anno di vita, si affermata vittoriosamente, essendo oggi fra noi il

Questa rivista, che è ormai al quindicesimo anno di vita, si è affermata vittoriosamente, essendo oggi fra noi il più completo, agile e ricco periodico della specialità. Argomenti d'indole pratica e di alto rilievo scentifico si fondono armonicamente, formando una rivista moderna, in cui ha degna sede quanto si produce negli Ospedali, nelle Cliniche e negli Istituti d'Italia.

ABBONAMENTO ANNUO: **Italia L. 70; Estero L. 85; Un num. sep. L. 7; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 65; Estero L. 80**

N. B. — I nuovi abbonati del 1943 possono ottenere le ultime tre annate (1940 a 1942 incluse) che costano L. **210**, per sole L. **180** in Italia e per sole L. **230**

Per abbonarsi inviare Vaglia Postale o Assegno Bancario alla Ditta LUIGI POZZI, editore, Via Sistina 14 - ROMA

Abbonamento GLOBALE annuo per il 1943 ai periodici SETTIMANALI

IL POLICLINICO (Sezione Pratica) - LA RIFORMA MEDICA - MINERVA MEDICA

Anche per l'anno 1943 è data ai nostri lettori la possibilità dell'abbonamento globale ai tre grandi *settimanali* medici italiani: IL POLICLINICO, LA RIFORMA MEDICA, MINERVA MEDICA (P.R.M.) che tanto favore ha incontrato fra i medici negli anni 1937, 1938, 1939, 1940, 1941 e 1942.

Infatti i tre diffusi ed autorevoli periodici, principali esponenti dell'attività scientifica nelle tre regioni italiane: settentrionale, centrale e meridionale, si completano a vicenda, ed in essi i lettori trovano la più interessante produzione scientifica e pratica italiana, oltre alle varie rubriche ed ai diversi servizi redazionali che permettono di essere al corrente di ogni progresso medico.

L'abbonamento cumulativo ai *tre predetti* **settimanali** insieme ammonta in Italia a complessive L. **300**; e a L. **450** all'Estero, ed è concesso per sole L. **270** in Italia e per sole L. **420** all'Estero.

Per il rincaro della carta, del costo tipografico e di tutte le spese generali i periodici del gruppo giornalistico P. R. M. (Policlinico - Riforma Medica - Minerva Medica) hanno dovuto aumentare il prezzo di abbonamento annuo al *rispettivo* periodico settimanale, per l'Italia, a L. **100**; ed a L. **145** e a L. **150** per l'Estero.

L'importo dell'abbonamento globale ai tre periodici *settimanali* in L. **270** per l'Italia, può essere inviato ad una qualsiasi delle tre Amministrazioni e può essere pagato anche in due rate uguali di L. **135**, una anticipata e l'altra non oltre il 30 giugno 1943. Per l'Estero l'importo complessivo è di L. **420** e deve essere inviato per intero anticipatamente.

L'AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE « IL POLICLINICO »

ROMA - Via Sistina, 14 - ROMA (Conto corrente Postale N. 1/5945 L. Pozzi, Editore - Roma)

N.B. — *L'importo dell'abbonamento isolato, ossia di abbonamento a qualunque dei tre settimanali che non venga assunto* ***globalmente*** *nella qui sumenzionata combinazione, va invece inviato nel suo* ***normale*** *prezzo di Lire cento alla* ***rispettiva*** *Amministrazione.*

Ai già abbonati del 1942 a queste Riviste rivolgiamo preghiera di provvedere sollecitamente all'invio del rinnovo pel 1943 per facilitare il lavoro della nostra Amministrazione. Raccomandiamo altresì di applicare, sul talloncino del vaglia, la fascetta con la quale le hanno finora ricevute.

VOLUME L Roma, 4 Gennaio 1943-XXI Num. 1

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE

R. ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. C. FRUGONI.

Sulla leishmaniosi viscerale degli adulti.
(Osservazioni sull'adrenalina endovenosa quale coadiuvante della terapia specifica).

Dott. ARNALDO CROTTI, assistente vol.

Son capitati alla nostra osservazione in Clinica tre casi di leishmaniosi viscerale degli adulti provenienti dalla Calabria. È ormai accertato che tale parassitosi, pur avendo la frequenza della forma infantile e di quella cutanea, si presenta sporadicamente nelle regioni meridionali quali la Sicilia, la Calabria, la Lucania, l'Abruzzo e la Puglia. La casistica al riguardo è abbondante, pur tuttavia crediamo non privo d'interesse lo studio dei nostri casi per le conclusioni che se ne possono trarre circa un complemento di indubbio valore alla terapia specifica di Cristina e Caronia.

È di generale riconoscimento l'indubbia efficacia della terapia con tartaro stibiato nella leishmaniosi. I brillanti risultati che la letteratura ci riporta riguardano però nella maggior parte la leishmaniosi infantile mentre in quella degli adulti diversi AA. rilevarono scarse modificazioni del quadro morboso.

Così l'Oliva in un suo caso osservò che la febbre diminuì senza però scomparire del tutto presentando l'ammalato saltuariamente elevazioni termiche e lieve miglioramento della crasi sanguigna con splenomegalia pressochè immodificata. L'autore arriva alla conclusione quale « extrema ratio » di procedere ad una splenectomia.

Di stibio resistenza parla il Sarradon in questi casi, nei quali consiglia un trattamento fisio-terapico (radioterapia splenica) o chirurgico (splenectomia). In altri casi, secondo Sarradon si avrebbe una stibio intolleranza caratterizzata da febbre, emorragie e cancrene che appaiono in corso della cura. Non è raro infatti il caso di emorragie gengivali ed epistassi frequenti ed abbondanti dopo l'inizio di una cura antimoniale, epistassi e gengivorragie che però cessano rapidamente, come abbiamo noi stessi osservato, associando alla terapia specifica iniezioni endovenose o intramuscolari di vitamina C.

La leishmaniosi viscerale degli adulti presenta un decorso più cronico di quella dei bambini e la terapia specifica ha nell'adulto un'efficacia più lenta mentre la splenomegalia, come rileva Ferrannini, resta, per lo più, quasi immodificata.

La splenectomia già proposta e sperimentata anche prima della terapia di Cristina e Caronia, non diede quegli effetti che si speravano, anzi secondo certi AA., sarebbe controindicata per la funzione di difesa che avrebbe la milza. D'altra parte la splenomegalia è accompagnata per lo più da un notevole grado di epatomegalia anche se dal punto di vista funzionale manchino i segni di un'insufficienza epatica e la reazione di Takata sia risultata molte volte negativa. Redaelli crede persino possibile che, a lungo andare, si possa arrivare ad una vera cirrosi (casi Lombardo, Franco e Corona).

Giraud e Poinsot, che hanno studiato la crasi ematica nella leishmaniosi, rilevano una diminuzione del numero delle piastrine, un prolungamento del tempo di emorragia e presenza del segno del laccio, alterazioni che dipenderebbero dalle lesioni spleniche. In tali casi la prognosi è spesso infausta.

Indubbiamente la milza ha una parte importante nella malattia e la splenomegalia residuale può costituire un serio ostacolo alla com-

pleta guarigione. Da ciò la necessità di agire sulla milza in modo da riportare il suo volume a quello normale. L'azione dell'adrenalina intramuscolare è scarsa, per non dire nulla, ma se iniettata a dosi progressive endovena, secondo il metodo Ascoli, i risultati sono di indubbio valore. La spleno contrazione può rendere più efficace la terapia specifica ed abbreviare di molto il decorso dell'infezione e condurre a guarigione completa.

I risultati ottenuti da Ascoli e collaboratori con l'uso dell'adrenalina endovenosa a dosi progressive nella malaria cronica splenomegalica, quelli ottenuti dal Serra nelle varie sindromi epato splenomegaliche anche ad eziologia diversissima (malaria, lue, tropanosomiasi, framboesia, febbre ricorrente, bilharziosi, anchimostomiasi ecc.), ed infine i casi riportati dal Timpano e dal Ravina, che usarono la terapia adrenalinica oltre che nella malaria anche nella leishmaniosi viscerale degli adulti, ci hanno invogliato a sperimentare lo stesso accorgimento terapeutico nei nostri ammalati.

Il Grimaldi ha osservato che con dosi minime di adrenalina per via endovenosa si ottengono risultati paragonabili a quelli che si hanno con l'iniezione sottocutanea od intramuscolare di dosi molto maggiori di ormone. L'azione esplicata non è solo quella che si rileva a carico del volume della milza ma anche a carico della crasi sanguigna. Infatti oltre la spleno contrazione, sul cui meccanismo i pareri sono molto discordi, l'adrenalina determina un'aumento certo e controllato dei globuli rossi, dell'emoglobina e della resistenza globulare, aumento che pur essendo in gran parte di carattere transitorio può diventare costante e progressivo con iniezioni quotidiane. Ciò, secondo Serra, favorirebbe potentemente l'azione delle sostanze chimiche parassiticide ed aumenterebbe le resistenze organiche dell'ammalato; e, sempre secondo lo stesso autore, sotto l'azione dell'adrenalina si contrarrebbe non solo la milza ma tutto il sistema cardiovascolare e si otterrebbe perciò una più accelerata circolazione del sangue e conseguente riduzione della lisocitina responsabile, come si sa, della distruzione cellulare e della diminuzione della resistenza globulare.

Circa quest'ultimo concetto, bisogna rilevare che nella leishmaniosi non si può, con certezza, parlare di diminuzione della resistenza globulare poichè l'anemia che ne deriva è dovuta allo sviluppo numerico dell'agente causale che disturba la funzione emopoietica del midollo ed in questo senso si sono espressi la maggior parte degli AA.

Lo studio della crasi sanguigna nel Kala-Azar, secondo Mo Ten Sei, avrebbe posto in evidenza una diminuzione, non sempre uniforme, delle emazie e dei leucociti, della viscosità del sangue, un'accelerazione della velocità di sedimentazione e un ritardo della coagulazione. Nè si può parlare con sicurezza di contrazione splenica per azione dell'adrenalina e molto convincenti sono in proposito, se non probabile, le osservazioni di Villa che attribuisce la diminuzione di volume della milza ad un minore afflusso e ad un maggior deflusso di sangue dall'organo.

Senza quindi voler entrare nella discussa questione è certo tuttavia che le iniezioni di adrenalina endovena a dosi progressive ed in quantità minime determina una diminuzione di volume della milza ed un'aumento più o meno transitorio delle cellule del sangue ed infine, ciò che forse più conta, un miglioramento netto delle condizioni generali obbiettive e subbiettive.

Infatti, secondo osservazioni personali dell'A. che in A. O. nel 1937 trattò una cinquantina di casi di malaria cronica splenomegalica con una terapia combinata di atebrin e plasmochina ed adrenalina endovenosa, si potè constatare un rapidissimo miglioramento delle condizioni generali degli ammalati, denunciato soprattutto da un visibile miglioramento della crasi sanguigna e da un notevole aumento delle forze. Si trova inoltre una rapida progressiva diminuzione del volume della milza, che si manifestava subito dopo le prime due o tre iniezioni e che l'ammalato notava subbiettivamente con un netto senso di ritorno delle forze quando erano ancora presenti parassiti nel sangue e quando, talvolta, si presentavano sporadici accessi febbrili. Risultava evidente che l'azione dell'adrenalina facilitava quella specifica dell'atebrina come risultava anche dai controlli con casi consimili curati con la sola terapia specifica.

Sulla scorta di questi concetti e per convalidare i risultati già ottenuti nello stesso senso da Timpano e da Ravina, e con l'intendimento di portare un ulteriore contributo allo studio ed alla terapia della leishmaniosi viscerale degli adulti in Italia, esporremo brevemente i nostri casi.

CASO I. — A. Severina, di anni 22 da Isca (Catanzaro) d. d. c., nubile. Entra in Clinica il 29-IV-1938.

Nulla di notevole nel gentilizio e nell'anamnesi fisiologica. La p. abita in ambienti sani in un paese nelle cui vicinanze vi è molta malaria. Non risulta che abbia cani nè altre bestie domestiche nella sua abitazione.

Eccetto che un periodo di febbri, diagnosticate come malaria, all'età di 5 anni, la p. asserisce di essere sempre stata bene fino ad un anno fa. Nel giugno 1937 la p. cominciò ad accusare una progressiva astenia con dimagramento, pallore del viso, frequenti cefalee frontali e sensazione febbricitante durante la notte. Tale sintomatologia andò accentuandosi e un mese dopo seguì una febbre pomeridiana (38°/39°) preceduta da brividi di freddo. Nella notte la temperatura rimetteva con sudorazioni talvolta profuse. Un medico che la visitò parlò di malaria ed anemia e prescrisse chinino e ferro ma perdurando invariata la sintomatologia associò atebrina, ma senza risultato (gli strisci di sangue risultarono sempre negativi per la ricerca del parassita malarico). Dopo circa tre mesi di cure inefficaci la p. dopo tre iniezioni di plasmochina rimase apirettica per circa un mese (ottobre 1937) e le sue condizioni accennarono a migliorare. Nel novembre però, preceduta da forte brivido, ricomparve febbre che raggiunse un'acme di 40° nel pomeriggio per rimettere al mattino del giorno dopo. Tale febbre assunse un'andamento quotidiano e riaggravò l'anemia ed il dimagramento della p. Nel dicembre perciò fu portata a Catanzaro ove in un primo tempo si parlò ancora di malaria pur essendo gli strisci sempre negativi e come tale curata, poi, in un secondo tempo essendo comparsa una agglubinazione positiva per maltese le fu prescritta una cura di vaccino antimelitense. Tale vaccinazione fu eseguita nel gennaio seguente per via cutanea e per via endomuscolare e determinò nella p. marcate reazioni febbrili. Anche tale cura fallì lo scopo e le condizioni dell'ammalata peggiorarono ancora. Nei due mesi che precedettero infatti l'ingresso nella Clinica le febbri quotidiane, l'anemia sempre più accentuata, il dimagramento di circa 13 Kg., avevano così astenizzato la p. ch'essa non aveva neppure più le forze di scendere dal letto. Negli ultimi tempi presentò pure frequenti epistassi e qualche eruzione orticarioide all'addome. L'ammalata amenorroica da circa sei mesi accusava qualche modico bruciore alla minzione. L'alvo era abbastanza regolare, pur presentando di tratto in tratto qualche periodo diarroico.

E. O. Soggetto longilineo. Cute e mucose visibili notevolmente pallide, pannicolo adiposo scarsissimo, muscolatura ipotonica e ipotrofica.

Micropoliadenia laterocervicale ed inguinale.

Polso ritmico, frequente. Sensorio e pisiche integri.

Nulla di obbiettivo al capo ed al collo nulla a carico dell'apparato respiratorio. Il cuore è in sede, di volume normale. In regione mesocardica si ascolta un soffio che si propaga con la massima intensità verso la base. Gli organi ipocondriaci si notano notevolmente aumentati di volume. Il limite superiore della milza si determina al V spazio sull'ascellare media, il polo inferiore si palpa al di sotto della linea ombellicale trasversa all'altezza della spina iliaca anteriore superiore. La tumefazione splenica è dura e leggermente dolente al tatto.

Il limite superiore del fegato si determina al IV spazio sulla linea ascellare media, il margine inferiore si palpa a due dita trasverse dal margine costale.

L'addome è un po' teso per meteorismo intestinale, trattabile, indolente. Nulla di notevole agli arti, i riflessi sono presenti e normali.

Esami di laboratorio e decorso:

Peso Kg. 51. Pressione art. 110/74.

Orina: P. S.: 1021. Reaz. acida. Albumina, glucosio, pigmenti biliari: assenti. Urobilina tracce.

R. W., Meinicke, Kahn: negative. Cutireazione alla tubercolina, neg.

Sieroagglutinazione per tifo, para A e B, maltese: negativa.

Esame dello striscio di sangue prelevato durante il brivido febbrile per la ricerca del parassita malarico: negativo.

Emocoltura (ripetuta due volte): negativa.

Esame delle feci: presenza di Blastocystis hominis e di uova di tricocefalo.

Azotemia: 0,26 %. Calcio nel siero: mgr. 8,25 %. Proteine totali: gr. 8,184. Albumine P. gr. 2,020. Globuline gr. 6,164.

Rapporto Albumine-Globuline: 0,34 (Calcolo delle frazioni proteiche secondo il metodo Howe).

Radiografia del torace: nulla di notevole.

Esame del sangue (29-IV-1938):

Hb: 40; G. rossi: 2.700.000. V.G.: 0,74. G. bianchi: 2400.

Formula leucocitaria: Neutr. 32, Mon. 4, Linf. 32, Emoistioblasti 20. Ombre di G. 12.

A carico della serie rossa di osservano aniso e poichilocitosi.

Il 2/V si esegue la puntura sternale, lo striscio midollare ricavato rivela notevole reazione normo megalo eritroblastica e reazione mieloide marcata con stato degenerativo dei leucociti. *Presenza di leishmanie intracellulari ed isolate in grande quantità.*

Reazione del Formol gel: positiva completa.

La terapia specifica si inizia nell'ammalata in quinta giornata di degenza, si usano iniezioni di Neo stibosan per via endovenosa, che si intervallano come è riportato dalla tabella annessa.

La temperatura dopo la sesta iniezione (quindicesima giornata) accenna nettamente a decrescere dai fastigi (39°/40°) dei giorni precedenti. Si nota tuttavia un aumento considerevole delle epistassi e si cerca di ovviare all'inconveniente con l'uso di acido ascorbico che si inietta per via endovenosa insieme al preparato antimoniale. Infatti nei giorni che seguono le epistassi si fanno sempre più rare e scompaiono del tutto.

Dopo l'ottava iniezione di Neo Stibossan, la milza che ha subìto modificazioni solo transitorie ed immediatamente dopo un'iniezione del preparato, si trova ancora nel volume che aveva all'inizio della terapia (V. tabella). Si inizia quindi (diciottesima giornata di degenza) alternandola alla terapia specifica, l'uso della adrenalina per via endovenosa. Si adopera la Surrenasi Serono partendo dalla dose di 1/100 di mgr. ed aumentando gradatamente solo quando ciascuna dose risulta ben tollerata, dalla paziente (V. tabella).

In 25esima giornata di degenza è stata praticata l'ultima iniezione di Neo Stibosan raggiungendo così la dose complessiva di gr. 3 di preparato. La milza accenna a diminuire e si palpa solo fino alla linea ombellicale trasversa. L'esame del sangue dà:

(22 maggio): Hb 45; G. rossi: 2.400.000; V. G. 0,93; G. bianchi: 3200.

Peso: Kgr. 54.

La p. non è ancora completamente apirettica e si continua la cura adrenalinica. La milza si riduce lentamente ma progressivamente secondo il diagramma riportato dalla tabella.

In data 9 giugno la p. è apirettica, l'esame del sangue dà:

Hb 55; G. rossi: 3.000.000; G. bianchi: 4000; Peso Kgr. 56.500.

In data 19 la p. cui sono ricomparsi anche i mestrui dopo sei mesi di amenorrea e ciò con l'aiuto di iniezioni di follicolina, viene la dimessa dalla clinica.

L'esame del sangue dà:

Hb 75; G. rossi: 4.200.000; G. bianchi 5300.

La milza è così notevolmente ridotta nel suo volume che si palpa solo a due dita trasverse dell'arcata costale. Peso Kgr. 57.

Nel 1939 e sul principio del 1940 abbiamo avuto notizie dirette della nostra p. e ci è stata riconfermata la perfetta guarigione e l'assoluta assenza di alcun disturbo.

CASO II. — F. Nicolina di anni 20 da Cerocarni (Catanzaro) d.d.c., nubile.

Entra in Clinica il 29 maggio 1938.

Nulla di notevole nel gentilizio. Ebbe sviluppo fisico notevolmente ritardato, sin dell'infanzia si dedicò a lavori faticosi nei campi ed ebbe un alimentazione scarsa e scadente.

L'anamnesi patologica remota è completamente negativa: la p. nega di aver sofferto malattie degne di nota fino all'agosto del 1937, epoca in cui sarebbe iniziata l'attuale malattia.

Nel mese di agosto 1937 la p. cominciò infatti ad accusare una diminuzione della propria capacità lavorativa, astenia, perdita dell'appetito e la comparsa di qualche brivido di freddo nelle ore pomeridiane. Malgrado tale sintomatologia continuò nelle proprie occupazioni fino al settembre successivo quando si recò da un medico che le rilevò un ingrossamento della milza e parlò di malaria e le prescrisse una cura chininica. La p. eseguì tale cura per alcuni mesi ed in realtà nella stagione invernale accusò un certo miglioramento pur avendo sempre la sensazione che l'addome nella sua parte sinistra era aumentato di volume. Col sopraggiungere della primavera le condizioni tornarono a peggiorare anche rispetto a quelle precedenti la cura. La p. notò un progressivo e notevole dimagramento intensa astenia e pallore del viso. Nel pomeriggio compariva febbre accompagnata da un brivido intenso. Per queste condizioni fu costretta ad abbandonare completamente il lavoro ed a tenere il letto. Fu ripresa la terapia con chinino e protratta con lievi periodi intervallari e con scarsi risultati fino al suo ingresso nella Clinica.

E. O. Soggetto normotipo microsomico. Condizioni generali notevolmente scadute, pannicolo adiposo scarsissimo. Cute e mucose visibili pallide e di colorito terreo. Modesta micropoliadenopatia latero cervicale. Muscoli ipotrofici e ipotonici.

Polso ritmico di frequenza normale. Tensione arteriosa 110/60.

Respiro di tipo misto regolare. Decubito indifferente.

Sensorio integro. Psiche lucida ma tarda per ipoevoluzione.

Nulla di obbiettivo al capo, agli occhi ed alla bocca e faringe.

Al collo si palpa la tiroide lievemente aumentata di volume.

Nulla a carico dell'apparato respiratorio. Il cuore è, nei limiti normali, i toni sono netti ma fiacchi, si ascolta sul *centrum cordis* un rumore sistolico che ha il suo massimo di intensità sul focolai della base.

L'addome è globoso, la cicatrice ombellicale appare infossata, scarso reticolo venoso. Il pube come del resto anche le ascelle, è completamente glabro.

La palpazione dell'addome consente di rilevare che non vi è una particolare resistenza della parete addominale e che si palpa una milza che giunge a quattro dita circa al disotto dell'ombellicale trasversa. La milza si presenta dura a superficie liscia con una incisura lungo la linea alba bene evidenziabile. Il margine superiore della milza giunge all'ottavo spazio intercostale sull'ascellare media. Il fegato deborda anch'esso tre dita trasverse dall'arcata costale; il margine è regolare, tagliente, la superficie dell'organo è liscia, la consistenza notevolmente aumentata.

Agli arti si apprezza un lieve subedema delle caviglie. Trofismo e tono dei muscoli normali, riflessi achillei e rotulei presenti. Non riflessi patologici;

Esami di laboratorio e decorso:

29 maggio: Peso Kgr. 37; Pressione art. 110/60.

Orina: P.S. 1012. Reaz.: acida; albumina: pres. indosabile; urubilina: pres.; glucosio; acetone, sangue, indacano: assenti.

R. W., Meinicke, Khan: negative. Cutireazione alla tubercolina: negativa.

29 maggio. Esame del sangue:

Hb 52, gl. rossi: 2.850.000, val. gl. 0 95, Gl. bianchi: 2600.

Formula leucocitaria: neutrofili 32, mon. 55, eos. 2, linf. 8, basofili1.

Reazione di Takata positiva completa. Calcio nel siero mgr. 10,95.

Reazione del Formol gel positiva completa.

Il 31 maggio si esegue la puntura sternale; lo striscio midollare ricavato, rivela notevole reazione normo megalo eriteoblastica e reazione mieloide marcata con stato degenerativo dei leucociti. *Presenza di leishmanie intracellulari ed isolate in grande quantità.*

Si inizia la terapia specifica con iniezioni endovenose di Neo Stibosan nella V giornata di degenza e si intervallano come è riportato dalla tabella annessa. La temperatura dopo la quarta iniezione (nona giornata) accenna nettamente a decrescere. Dopo la quinta iniezione la p. è apirettica.

In data 9 giugno il peso è di Kgr. 39, in data 27 giugno il peso è di Kgr. 40,7.

Il 17 giugno dopo la sesta iniezione di Neo Stibosan, si inizia l'uso di adrebalina endovenosa a dosi progressive e secondo lo schema riportato dalla tabella.

Il 27 giugno l'esame del sangue dà:

Hb 62, gl. rossi, 3.460.000; val. gl. 0,91, Gl. bianchi 5500.

Neutr. 62, eos. 6, mon. 8, linf. 61.

In data 9 luglio è stata eseguita l'ultima iniezione di adrenalina endovenosa per la dose di mgr. 0.05; l'esame del sangue dava:

Hb 74 gl. rossi 3.870.000 gl. bianchi 5.000, val. gl. 0,97. Peso: Kgr. 45.

La milza è così notevolmente ridotta che si palpa solo un dito trasverso sotto l'arcata costale. L'ammalata viene dimessa guarita dalla clinica il 18 luglio. Sue notizie dirette del 1939-

1940 hanno confermato la sua perfetta guarigione.

CASO III. — C. Vincenzo di anni 26 da Soriano Calabro (Catanzaro), contadino. Entra in Clinica il 23 aprile 1939.

Nulla di notevole nel gentilizio e nell'anamnesi fisiologica. A 10 anni per un periodo di circa dodici mesi soffrì di febbri intermittenti che furono interpretate come malariche a tipo terzanario. Nel 1936 durante il servizio militare, cominciò ad accusare un modico grado di astenia e perciò fu inviato nel convalescenziario militare di Arezzo e da lì in licenza di convalescenza come malarico cronico.

Alla fine del luglio 1938, circa nove mesi prima dell'ingresso in Clinica, il p. cominciò a notare qualche alterazione febbrile ed un'aumento del grado di astenia, contemporaneamente si accorgeva di un progressivo pallore del viso. Dalla metà dell'agosto successivo compare febbre alta preceduta da brivido con carattere intermittente giornaliera e remittente tra profuse sudorazioni. Fu diagnosticata febbre malarica e come tale curata con chinino *per os* e per iniezioni. La cura non diede però alcun risultato: la febbre continuava ad alti fastigi (40° - 41°) e l'astenizzazione e l'anemizzazione si aggravavano sempre più. Contemporaneamente si notava una tumefazione sempre maggiore della milza che si palpava ormai alla ombellicale trasversa. Nell'ottobre ebbe un breve periodo di transitorio miglioramento durante il quale la temperatura si innalzò con carattere di continuità accompagnata da un dolore all'emitorace sinistro ed espettorato ematico. Si diagnosticò una polmonite sinistra che guarì in pochi giorni e lo lasciò per circa due settimane apirettico, poi ritornò la febbre con gli stessi caratteri già descritti. Nel mese di dicembre fece una cura con plasmochina per iniezioni (una iniezione al giorno per 10 giorni), e nuovamente chinino per os, ma tutto senza risultati.

E. O. Soggetto tendente al longilineo. Condizioni generali scadute. Pannicolo adiposo scarsissimo. Cute e mucose visibili di colorito fortemente pallido. Sistema scheletrico normale. Muscoli ipotonici ipotrofici. Micropoliadenopatia non accentuata.

Decubito indifferente, sensorio integro, ben orientato nel tempo e nello spazio.

Polso e respiro ritmici e normali.

Nulla di obbiettivo al capo, collo, bocca, occhi e faringe.

Nulla si rileva a carico del torace (cuore ed apparato respiratorio).

L'addome si presenta asimmetrico per un maggior volume all'ipocondrio sinistro.

Il fegato, aumentato di volume, si palpa a circa due dita e mezzo dall'arcata costale, in alto raggiunge la V costa sulla linea emiclaveare, è mobile con gli atti respiratori, di consistenza aumentata ed a superficie liscia e con margini arrotondati e lievemente dolenti.

La milza è enormemente aumentata di volume, ingrandita in toto, si spinge in alto sino al VI spazio intercostale sull'ascellare media, in basso sorpassa di due dita l'ombellicale trasversa e di circa un dito la linea mediana dell'addome. La superficie è liscia, la consistenza aumentata.

Tsami di laboratorio e decorso:

Press. arteriosa: 110/55.

Orina: P.S. 1018, albumina tracce, urobilina presente, zucchero, acetone, sangue, indacano: assenti.

Sangue: Hb 33, gl. rossi 2.225.000, val gl. 0,75, gl. bianchi 2400.

Formula leucocitaria: neutr. 48, eos. 3, linf. 23, mon. 26, anisocitosi.

R. W., Meinicke, Khan: negative.

Cutireazione alla tubercolina: negativa.

Emocoltura: neg. Reaz. di Takata: positiva completa.

Agglutinazioni per tifo, para A, para B e Maltese: negative.

Il 25 aprile si esegue la puntura sternale, lo striscio midollare ricavato rivela un rapporto erotro leucocitario nettamente spostato verso la serie rossa, la quale è rappresentata principalmente dalla serie eritroblastica con curva di maturazione spostata verso l'eritroblasta policromatofilo (elementi piccoli). Scarsa componente megaloblastica. Serie bianca notevolmente ipoplastica formata da elementi vicini alla maturazione. *Presenza di numerose leishmanie extra ed intracellulari.* Scarsa componente reticolo istiocitaria.

Reazione del Formol gel: positiva completa.

Si inizia la terapia specifica in quarta giornata di degenza con iniezioni endovenose di Neo Stibosan; si praticano complessivamente otto iniezioni per gr. 2,40 di preparato. Dopo la sesta iniezione la temperatura accenna a decrescere, dopo la settima il p. è apirettico. L'esame del sangue dà:

Hb 45, gl. rossi, 3.410.000, val. gl. 0,66, gl. bianchi 4200.

Dopo circa un mese di degenza il p. viene dimesso guarito, tuttavia presenta ancora un notevole tumore di milza.

I tre casi descritti sono di paesi diversi della provincia di Catanzaro, paesi in cui è endemica l'infezione malarica.

L'età dei soggetti è compresa tra i 20 ed i 25 anni.

L'anamnesi presenta una spiccata somiglianza nei tre casi. In tutti vi è una storia di febbri quotidiane insorgenti con brivido e remittenti con sudorazioni e che duravano da molti mesi (11 mesi nel caso 1, 10 mesi nel caso 2 e 9 mesi nel caso 3) salvo brevi periodi di apiressia. Pure in tutti e tre i casi si usò a più riprese la terapia antimalarica e sempre con risultati scarsi o nulli.

Anche l'esame obbiettivo risulta pressochè identico nei tre ammalati: pallore profondo della cute e delle mucose visibili che dà ai pazienti un particolare colorito terreo grigiastro. Il pannicolo adiposo scoparso quasi completamente. Modesta micropoliadenopatia latero cervicale ed inguinale. In due casi (1-2) si rileva un nettissimo soffio funzionale sulla base del cuore. Il fegato è ingrandito in tutti e tre i soggetti, debordante dall'arcata costale di due o tre dita trasverse, il margine è liscio e

*

leggermente dolente (caso 3). Il tumore di milza è di proporzioni molto maggiori sì da assumere un volume che sorpassa di due o tre dita trasverse la linea ombellicale media e da due a quattro dita la linea ombellicale trasversa. In tutti e tre i casi si nota quindi una netta deformazione dell'addome sinistro e del terzo inferiore dell'emitorace corrispondente. La consistenza della milza è dura e l'organo è più o meno dolente alla palpazione.

L'esame del sangue ha messo in evidenza nei tre casi un'anemia a tipo ipocromico aplastico con aniso e poichilocitosi e leucopenia neutrofila con linfo monocitosi relativa.

L'esame delle orine ha dato urobilinuria in due casi (2-3). R. W., Meinicke e Khan negative in tutti i casi. Cutireazioni della tubercolina, agglutinazioni, emocolture negative in tutti casi.

La reazione di Takata positiva completa nei casi 2 e 3.

Reazione del Formol gel positiva completa nei tre casi.

La zona di provenienza, l'enorme tumore di milza raramente così grande nella malaria cro nica e d'altronde l'assoluta inefficacia delle cure antimalariche effettuate, la negatività delle sierodiagnosi e delle emocolture, il lungo decorso indirizzarono verso la leishmaniosi viscerale degli adulti, confermata dagli esami di laboratorio. Infatti oltre la positività della reazione del Formol gel, la presenza di leishmanie nel midollo osseo dava la certezza diagnostica assoluta. Nello striscio midollare dei tre casi, ottenuto mediante puntura sternale, si rilevava, pure con minime differenze, un quadro che dava un rapporto eritroleucocitario nettamente spostato verso la serie rossa che è rappresentata da eritroblastosi policromatofila (elementi piccoli con più o meno scarsa megaloblastosi).

Per la terapia adoperammo le iniezioni endovenose di Neo Stibosan, che, partendo dalla dose di g. 0,10, venivano praticate generalmente a giorni alterni, raggiungendo in tre iniezioni la dose singola di gr. 0,30, per una complessiva quantità di gr. 3 nel caso 1, di gr. 2,40 nel casi 2 e 3.

Nei casi 1 e 2, secondo lo schema riportato dalla tabella, si praticarono pure iniezioni endovenose di adrenalina, con dose iniziale di 1/100 di mgr. arrivando per gradi e con la migliore tollerabilità alle dosi di 1/20 di gr. al giorno.

I risultati furono oltremodo brillanti. Mentre la terapia specifica troncava la febbre in 18 giorni nel caso 1 ed in 13 nel caso 2, le susseguenti iniezioni di adrenalina endovena riducevano progressivamente il volume della milza secondo il grafico riportato nella tabella, ristabilendo un notevole miglioramento della crasi sanguigna con un conseguente ritorno rapido delle forze. Le due p. venivano dimesse della Clinica dopo 25 giorni (caso 1) e dopo 24 giorni (caso 2) completamente guarite e con la milza sporgente dall'arcata costale non più di un dito trasverso. Le notizie assunte a distanza di mesi, hanno dato per i due casi costantemente conferma di guarigione completa.

Il caso 3, che non fu trattato con adrenalina, divenne apirettico dopo 15 giorni di trattamento con Neo Stibosan, ma la milza si ridusse pochissimo ed il p. uscì dalla Clinica dopo altri trenta giorni con una splenomegalia notevole (milza all'ombelicale trasversa) e, pur essendo le sue condizioni generali notevolmente migliorate, persisteva un certo grado di anemia. Non siamo riusciti ad avere, notizie successive su questo caso.

Dall'esame dei nostri tre casi possiamo trarre le seguenti considerazioni:

1) dal punto di vista epidemiologico non risultò nell'anamnesi nessun dato comprovante che nei paesi dove i nostri pazienti vivono, esistano altri casi di leishmaniosi, nè, d'altra parte, un'apposita ispezione sanitaria nella Calabria, fatta in seguito alla denuncia dei primi due casi alla Direzione di Sanità, ha potuto mettere in evidenza altri casi o focolai infettivi ambientali;

2) sui dati dell'esame obbiettivo non vi è nessuna discordanza con quelli citati dai vari AA. che descrissero i casi autoctoni in Italia e nel bacino del Mediterraneo;

3) la diagnosi di certezza si è fatta sempre con l'esame dello striscio del midollo osseo ottenuto madiante puntura sternale, che rappresenta il metodo di scelta, e senz'altro più semplice e scevro di inconvenienti della splenopuntura. Giraud e Baubort infatti, che hanno praticato in centinaia di casi la puntura della milza, pur considerando questa tecnica come notevolmente vantaggiosa dal punto di vista del reperto dei parassiti, ammettono ch'essa sia pericolosa per le emorragie peritoneali che è capace di determinare. Con tutte le precauzioni e con la tecnica migliore si calcola che in un caso su cento la puntura della milza causa lacerazioni dell'organo ed emorragia;

4) la reazione del Formol gel di Napier e Chopra, è stata positiva completa nei tre casi. Per la sua semplicità (con due gocce di formolo in venti gocce di siero dell'ammalato si ottiene, se positiva, una gelatina bianco-lattiginosa) può essere sempre alla portata del me-

dico pratico anche se la sua specificità è discutibile;

5) la reazione di Takata positiva in due casi, e l'urobilinuria presente in tutti e tre i casi, confermano un certo grado di sofferenza epatica cui corrisponde l'epatomegalia dei nostri soggetti. Ciò in realtà è costante nella leishmaniosi ed è certo che i parassiti si possono trovare anche nel fegato. Nella leishmaniosi canina infatti si usa comunemente a scopo diagnostico anche la puntura del fegato, e nell'infanzia è stata pure descritta una forma epatomegalica di Kala Azar ove il fegato aveva assunto dimensioni maggiori della milza. Tuttavia nei nostri pazienti mancano, dal punto di vista funzionale, i segni gravi dell'insufficienza epatica;

6) l'esame del sangue periferico ha messo in evidenza un'anemia di tipo secondario, scarsamente ipocromica nei casi 1 e 3 e normocromica nel 2. Non si sono notate in circolo forme immature della serie rossa ma solamente una modica aniso e poichilocitosi. A carico della serie bianca l'elemento caratteristico è la notevole leucopenia neutrofila con linfo monocitosi relativa. Quadro che concorda nettamente con quello di tutti coloro che hanno studiato il quadro ematico nella leishmaniosi viscerale. A proposito della monocitosi dobbiamo ricordare che De Muro e Santori, studiando recentemente la citologia del sangue periferico di 20 casi di leishmaniosi cutanea, hanno osservato in tutti i soggetti esaminati un aumento del numero dei monociti, sia emoicitoblastici, che emoistioblastici, nonchè delle forme degeneranti, molto frequenti anche i monociti mesenchimali, più scarse invece le forme immature;

7) l'andamento della temperatura (V. tabella) è stato per tutti i casi a tipo intermittente quotidiana. La febbre compariva ogni giorno con brividi più o meno intensi e rimetteva durante la notte con sudorazioni profuse. Il caso più resistente alla terapia specifica è stato il n. 1, forse perchè le condizioni erano profondamente scadute. Al suo ingresso in Clinica, la p. è diventata apirettica dopo 11 iniezioni di Neo Stibosan ed ha forse contribuito, accelerando il processo di guarigione, l'uso di adrenalina endovenosa intercalata nelle ultime quattro iniezioni di Neo Stibosan. Negli altri due casi l'azione della terapia specifica è stato molto più rapida;

8) come risulta dal grafico riportato nella tabella, è stato controllato giornalmente nei casi 1 e 2 il tumore di milza, riportandone le variazioni durante la terapia specifica e l'uso dell'adrenalina endovenosa. Da tale grafico si può rilevare come la milza si contraesse pochissimo per azione del Neo Stibosan e come a distanza di tempo riprendesse il suo volume precedente. Per azione dell'adrenalina invece le contrazioni spleniche erano di intensità molto maggiori sicchè la milza non ritornava più al volume di prima e si trovava così ridotta al momento della iniezione seguente. Durante il trattamento adrenalinico non è consigliabile l'uso contemporaneo di preparati di ferro e arsenico perchè tali sali ridurrebbero l'azione fisiologica dell'adrenalina.

CONCLUSIONI.

Dallo studio dei nostri casi di leishmaniosi viscerale si possono trarre le seguenti conclusioni:

1) sono notati in Calabria rari casi autoctoni di leishmaniosi viscerale degli adulti;

2) l'esame istologico del midollo osseo estratto mediante puntura sternale risulta il metodo più pratico e più sicuro per l'accertamento diagnostico;

3) la reazione del Formol gel per la sua facile attuazione potrebbe costituire un valido aiuto al medico pratico;

4) la terapia specifica con tartaro stibiato dà i risultati migliori e si può utilmente integrarla con l'uso dell'adrenalina endovenosa secondo il metodo già usato da Ascoli nella malaria. L'adrenalina somministrata nelle dosi e nel modo prescritto riesce efficace non solo per la sua azione spleno contrattrice ed indirettamente curativa, ma anche per la sua azione simpatico mimetica elevatrice del tono, e per quella generale sulla crasi sanguigna.

RIASSUNTO.

L'A. descrive tre casi di leishmaniosi viscerale degli adulti provenienti dalla Calabria. Mette in evidenza la puntura sternale come mezzo diagnostico da preferirsi alla puntura della milza ed espone i vantaggi della adrenalina endovenosa a piccole dosi progressive, come completamento della terapia specifica. Rileva inoltre la sua azione sulla splenomegalia e sulle condizioni generali.

BIBLIOGRAFIA.

BENHAMANN E. Paris Médical, n. 44, p. 265, 1938.
BENHAMANN, GILLE e NOUCHY. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, I vol., 1929.
BOGLIOLO L. Annali d'Igiene, n. 45, p. 41-53, 1935.
CHIEFFI A. La Medicina Italiana, Nov. 1935.
DE MURO P. e SANTORI G. Athena, 1939.
FLARER F. La Presse Médicale, XLVI, 1938, pag. 1388.

FERRANNINI L. Minerva Medica n, 34, 25, VIII, p. 233, 1935; II, p. 32, 1935.
GENTILI M. Minerva Medica, n. 19, p. 647, 12 maggio 1935.
GIRAUD, CIANDO e BERNARD. La Presse Médicale, 27 maggio 1936.
GRIMALDI A. Rassegna di Clin. e Terap. e scienze aff. fasc V, IX, X, 1937.
GIRAUD P. e GAUBERT. Paris Médical, n. 7, 13 dicembre 1937.
LAHERMANDIE e LAFITTE. Soc. de Path. éxot. de Paris, vol. I, 1929.
LORANDO N. Boll. Soc. Med. Trop., 26 maggio 1937.
MARQUES DE CUNHA e E. CHAGAS. Compt. Rendus Soc. de Biol. 123, 709, 711, 1936.
MO TEN SEI. The J. of Orien. Med. 1935, vol. XXII, p. 64.
NUZZI P. Giorn. Ital. di Clin. Trop., n. 6, p. 135, 1938.
OLIVA G. Minerva Medica, n. 25, 26 maggio 1934, p. 727.
OLMER D. e OMMER J. Presse Médicale, n. 19, p. 369, 1933.
POINSO R. e DE COUGKY. Bull. Soc. Med. des Hôp. de Paris, n. 5, 14 febbraio 1938.
RAVINA. La Presse Médicale, 13 gennaio 1937.
SARRADON C. Gaz. Hop. R. G., n. 74, p. 1909, 1934.
SEMENZA C. Haematologica, vol. I, 1930, p. 211.
SERRA G. Riv. San. Siciliana, n. 24, 1937.
TIMPANO P. Policlinico (parte prat.), n. 47, 1930; n. 45, 1936.
KASSIRSKY I. A. Folia Haemat., vol, 5, p. 352, 1934.
VILLA L. Rassegna Medica, 1936, p. 127, 137.

TECNICA

ISTITUTO DI RADIOLOGIA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. E. MILANI.

Utilità del fenomeno della parallasse nella localizzazione dei corpi estranei metallici (proiettili).

per il dott. PIERLUIGI BARBIERI
interno dell'Istituto.

Nella pratica radiologica, che ho potuto fare durante la mia permanenza come radiologo presso il 22° Nucleo Chirurgico al fronte greco-albanese e durante le operazioni in Montenegro, ho avuto modo di sperimentare l'importanza di alcuni semplici artifici, basati sul fenomeno della parallasse.

Si tratta non già di un metodo di estrazione del proiettile, chè di ciò si sono già avute moderne soluzioni anche recentemente nell'ingegnoso Boloscop.

Piuttosto qui si tratta di applicazioni più ampie del principio della parallasse, a torto, secondo il mio parere, poco frequentemente applicato nella pratica della localizzazione dei corpi estranei metallici; esso può tornare utile, in alcuni particolari casi, al radiologo di un ospedaletto di linea, quando gli vengano chiesti dal chirurgo alcuni particolari dati sull'ubicazione del proiettile.

Il principio fu già illustrato da Holzknecht agli albori della radiologia e da lui poi successivamente impiegato nella localizzazione dei corpi estranei metallici (scheggie ecc.) durante la grande guerra.

Nel suo libro (Roentgenologie I Teil Fremdkorper, Verletzungen, Urban Schwarzenberg 1918), egli applica particolarmente tale principio alla localizzazione delle scheggie metalliche negli arti. È il principio della rotazione continua. In tal modo egli riesce a stabilire, come è noto, la distanza che separa un proiettile dalla cute (distanza minima del proiettile dalla superfice cutanea), o dall'osso dell'arto (distanza massima dell'ombra del proiettile da quella dell'osso).

Egli dice testualmente: « Noi notiamo il corpo estraneo, volgiamo l'arto da una parte e dall'altra, cosicchè il corpo estraneo in talune direzioni si avvicini alla superficie corporea, oppure rimanga nelle vicinanze dello scheletro. Su ciò noi decidiamo: 1) sulla localizzazione in rapporto alla cute o 2) sulla localizzazione in rapporto allo scheletro.

In questo ultimo caso noi continuiamo a ruotare l'arto sempre in quella direzione nella quale l'ombra del corpo estraneo si allontana da quella dello scheletro. La distanza più grande così ottenuta è la vera ».

In un altro punto della trattazione osserva: « Il procedimento della rotazione continua non è utilizzabile se con tale metodo, durante la rotazione del corpo, ci dobbiamo spingere, ancor prima di aver sicuramente trovato la più grande distanza dall'osso, ad una direzione di scopia nella quale l'ombra del corpo estraneo non sia visibile. Noi dobbiamo in tal caso abbandonare questo metodo ».

In tal modo egli non applica tale procedimento nelle localizzazioni nel tronco; accenna solo brevemente alle localizzazioni toraciche.

A me è sembrato che il principio della parallasse possa dare anche in alcuni casi di supposta localizzazione addominale, qualche utile ragguaglio.

Non si tratta in questa applicazione di conoscere la distanza del proiettile da un punto dello scheletro degli arti, ma piuttosto di stabilire se il proiettile si trovi situato anteriormente o posteriormente a determinate formazioni osseee, prese come punti di riferimento; e si vuole determinare la distanza del corpo estraneo dall'osso, non già ricorrendo a com-

plete rotazioni dell'arto da osservare, ma con piccoli spostamenti del tubo, che non implichino eccessive variazioni del raggio proiettante il proiettile, e di conseguenza una eccessiva sovrapposizione di parti molli nelle due posizioni estreme del tubo.

È noto che uno dei quesiti più frequentemente rivolti al radiologo, e ovviamente della massima importanza, è quello se vi siano criteri radiologici in un determinato caso per giudicare sulla penetrazione del proiettile o meno nella cavità addominale.

Il dato semeiotico più importante è quello della mobilità dell'ombra del proiettile con gli atti respiratori.

Esso ci dice se il proiettile sia rimasto piantato in un'ansa intestinale, nel mesenterio, ed in genere in tutti gli organi intraperitoneali situati al di sotto del diaframma. Talora tuttavia anche questo dato può mancare, caso di un proiettile libero nel cavo addominale, o penetrato nel pancreas, nella loggia renale, nei tessuti prevertebrali, o quando la sua situazione molto bassa nel bacino gli faccia poco risentire delle escursioni diaframmatiche.

In tali casi può rimanere il dubbio anche per difficoltà di tecnica e per circostanze ambientali.

Uno degli elementi, che sono a svantaggio del radiologo, è quello della modesta potenza degli apparecchi radiologici da campo, in cui è sopratutto impossibile eseguire una proiezione laterale leggibile dell'addome, peggio ancora del piccolo bacino, oltre che per la scarsa potenza dell'apparecchio, per la mancanza dell'antidiffusore mobile; spesso intervengono inoltre altri fattori, quali la sofferenza del ferito, la difficoltà di poterlo rimuovere dalla posizione supina, la impossibilità di ottenere una laterale perfetta per la mancanza di un supporto adatto (spesso questi esami vengono fatti nella stessa barella, con cui viene portato il ferito).

Ed è ovvio quanto deve essere precisa la laterale, se vogliamo da essa trarne dei dati sull'ubicazione del proiettile, essendo talora sufficente una piccola obliquazione del malato per falsare tutti i dati.

Tanto meno è possibile una visione laterale dell'addome radioscopica: se anche talora riusciamo a vedere il proiettile, non vediamo mai i non meno importanti punti ossei di riferimento.

In tali casi è universalmente noto, che non tanto interessa al chirurgo la localizzazione geometrica, che gli indichi in senso stretto a che profondità cioè a quanti centimetri dalla superficie cutanea si trovi il frammento metallico, poichè spesso questo elemento non ha nessuna importanza nel giudizio di penetrazione in cavità o meno, diversa essendo da individuo ad individuo lo spessore della parete, a seconda della costituzione, dello stato di nutrizione e di numerosi altri fattori.

Pertanto è bene seguire piuttosto un criterio anatomico, cioè scegliere punti ossei di riferimento (creste, apofisi ossee) con cui paragonare la posizione del proiettile.

Spesso il problema di vitale importanza è quello di stabilire se il proiettile penetrato in una regione, non facente propriamente parte delle pareti addominali sia successivamente penetrato nell'addome.

E di questi cosidetti « addominali secondari », feriti ad una coscia o ad una natica, e di cui si sospetta successivamente la penetrazione in cavità, è ricca la pratica di ogni chirurgo militare.

In tali occasioni mi è tornato utile applicare il principio della parallasse, giovandomi di un artificio su di esso basato.

Esso, come ho già accennato, si adatta particolarmente in quei casi, in cui manchi il criterio della mobilità del proiettile con gli atti respiratori, non sia possibile per ragioni tecniche eseguire una proiezione laterale leggibile dell'addome, e si voglia stabilire la posizione del proiettile, rispetto a formazioni anatomiche ossee nel giudizio di penetrazione in cavità.

Con *parallasse* noi intendiamo la variazione di posizione dell'ombra, come conseguenza di uno spostamento laterale della sorgente luminosa rispetto all'oggetto fisso.

In generale vale per gli spostamenti del tubo come per quelli dell'oggetto la seguente regola arcinotissima:

Ciò che nel movimento meno si sposta è più vicino allo schermo.

Tale regola all'atto pratico, per oggetti che si trovino abbastanza vicini tra loro ed abbastanza lontani dallo schermo (ad esempio a 7-8 centimetri di profondità della cute e a 2-3 centimetri di distanza tra loro) non mi è sembrata troppo facile ad applicare.

All'atto pratico non mi è risultato facile stabilire radioscopicamente quale dei due oggetti, proiettile e punto osseo di riferimento, muovendo il tubo, subisca il maggiore spostamento.

Ho trovato allora più facile sostituire a questa norma un'altra, forse più complessa ad enunciarsi ma estremamente più chiara ad interpretare.

Si tratti, come spesso avviene, di un ferito che abbia ricevuto un proiettile nella regione lombare, che si trovi indovato molto profondamente.

Nella proiezione antero-posteriore, lo vediamo proiettato all'altezza delle vertebre lombari, ad esempio all'altezza di una apofisi trasversa.

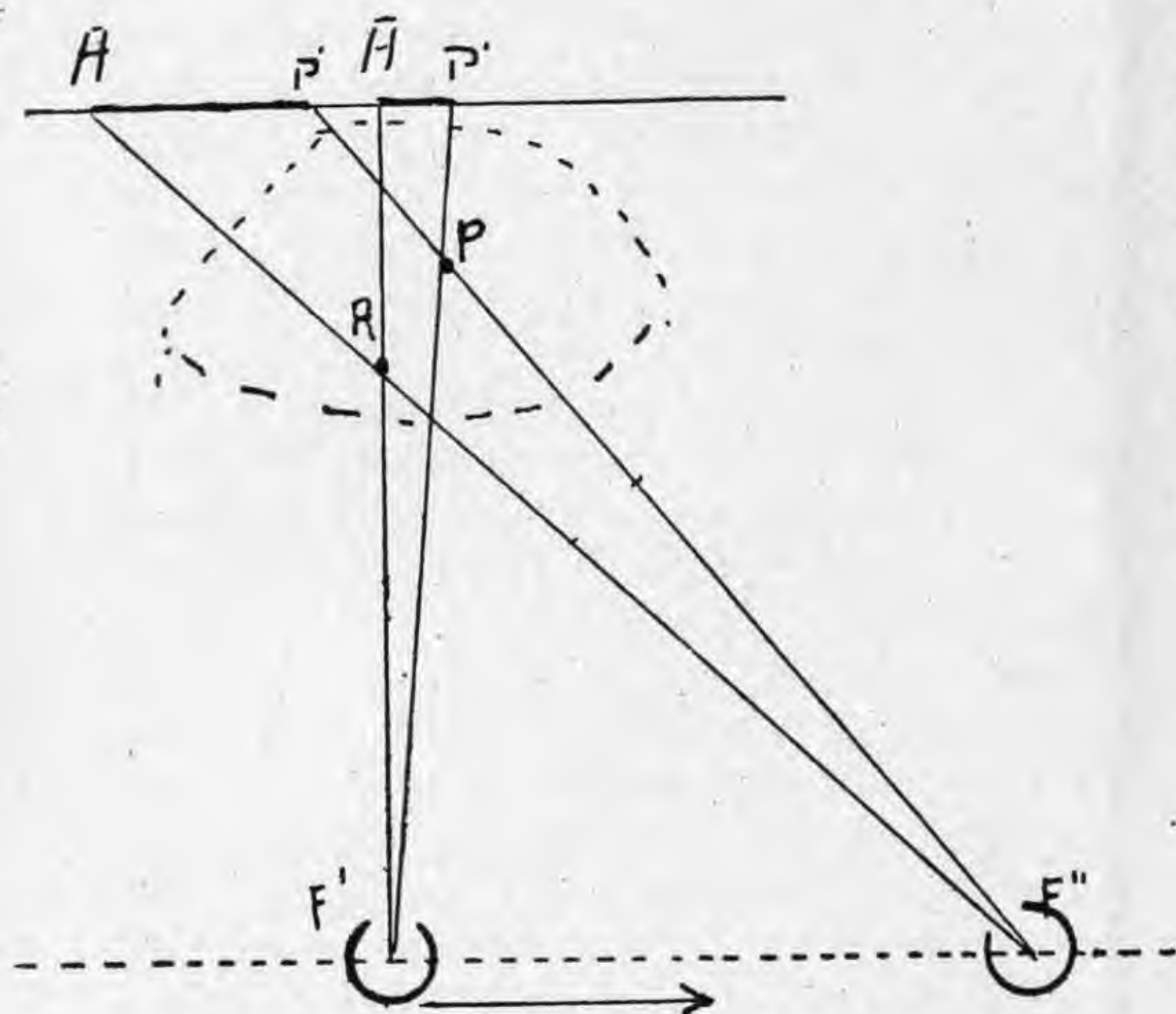



FIG. 1. — Spostando il tubo da F' a F'', cioè nella direzione dell'imagine del punto di repere A, a quella del proiettile p, le due imagini A' e p' si allontanano.
Il proiettile è avanti al punto di repere osseo.

Sia radioscopicamente che radiograficamente, data anche la scarsa potenza dell'apparecchio, è impossibile stabilire con una proiezione laterale, se il proiettile si trovi situato posteriormente all'apofisi trasversa, scelta come punto di riferimento, e quindi nella massa muscolare della doccia vertebrale, o anteriormente ad essa e quindi nella cavità addominale (loggia renale o intraperitoneale).

In questo caso noi possiamo utilizzare la regola della parallasse; ma, se noi cerchiamo di applicarla, secondo la nota enunciazione (ciò che più si sposta è più lontano dallo schermo) ci troviamo di fronte ad una certa difficoltà di interpretazione, poichè non è facile apprezzare visualmente se, muovendo il tubo al di sotto del paziente, si sposti più l'ombra dell'apofisi trasversa o più quella del proiettile.

È più facile cogliere invece lo stesso fenomeno, badando ad un altro aspetto di esso, cioè al variare della distanza che intercorre tra l'ombra del proiettile e quella della apofisi trasversa.

Supponiamo il paziente in decubito supino, il tubo al di sotto della barella, lo schermo sull'addome.

Pratichiamo la scopia nella solita proiezione dorso-ventrale e notiamo le posizioni rispettive dell'ombra del proiettile e dell'ombra dell'apofisi trasversa in questione.

Sia la prima (proiettile) situata alla nostra destra rispetto alla seconda (apofisi trasversa); facciamo allora fare al tubo un movimento di spostamento da sinistra verso destra (*dall'ombra dell'apofisi trasversa a quella del proiettile*) e osserviamo che cosa avviene.

Le due ombre, spostandosi anche esse, non rimarranno per il fenomeno della parallasse alla stessa distanza, ma la loro distanza o aumenta o diminuisce.

Orbene, se la loro distanza aumenta, il proiettile si trova davanti alla apofisi trasversa della vertebra, se la loro distanza diminuisce, il

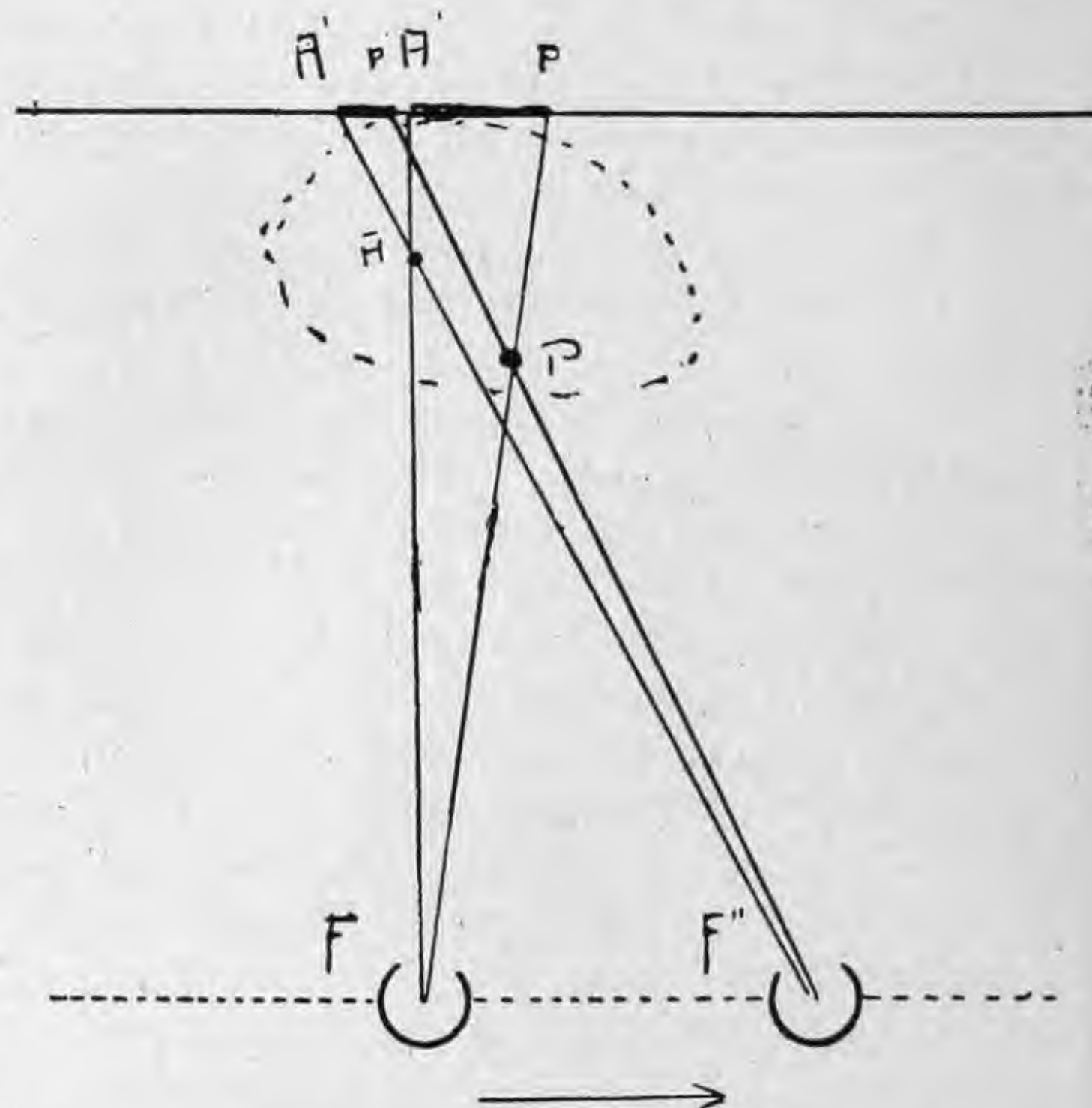



FIG. 2. — Spostando il tubo da F' a F'', cioè sempre nella direzione dell'imagine del punto di repere A a quella del proiettile p, le due imagini A' e p' si avvicinano.
Il proiettile è dietro al punto di repere osseo.

proiettile si trova situato posteriormente (figura 1 e 2).

Nelle figure A è il punto di repere osseo, A' la sua imagine sullo schermo, - p - il proiettile, - p' - la sua imagine.

Il fenomeno è sempre quello della parallasse, ma a me sembra che in questo modo esso è molto più facilmente apprezzabile, perchè è più facile giudicare nei piccoli spostamenti se due oggetti si vanno avvicinando o allontanando, anzichè lo stabilire quale tra essi si

muova con la maggiore velocità, o subisca più ampi spostamenti.

È più che altro un nuovo modo di impostare l'osservazione, ma poichè spesso ai fini pratici sono assai utili anche piccole variazioni di tecnica, mi è sembrato utile illustrare anche questo.

È naturalmente essenziale, che non venga dimenticata la direzione di spostamento da dare al tubo, poichè naturalmente invertendo la direzione dello spostamento di esso, si invertono anche i termini dell'enunciato.

È bene pertanto mantenere sempre costante la direzione dallo spostamento da dare al tubo, *dal punto di repere osseo al proiettile*. In tal guisa: « *l'allontanamento delle imagini indicherà sempre una posizione anteriore del proiettile rispetto al punto di repere osseo, l'avvicinamento di esse una situazione posteriore del proiettile rispetto ad esso* ».

Lo studio della localizzazione si imposta in tal modo su elementi anatomici ed è pertanto notevolmente utile al chirurgo.

Non serve per la repertazione diretta del proiettile, ma solo per la sua localizzazione in rapporto a determinate formazioni anatomiche.

Una volta accertato questo dato, il chirurgo procede poi alla laparotomia colle ordinarie incisioni, curandosi più che della estrazione del proiettile, dei danni da questo provocato.

Casi del genere nella pratica bellica sono notevolmente frequenti.

A volte si tratta di feriti nelle natiche con solo foro di entrata, ma senza foro di uscita. Nella proiezione dorso-ventrale il frammento si proietta nelle vicinanze della spina ischiatica, ma ci sarebbe impossibile stabilire se esso si trova situato anteriormente o posteriormente ad essa. Anche in tali casi l'artificio studiato si può dimostrare utile.

In due casi del genere, capitati alla mia osservazione, si trattava appunto di stabilire se il proiettile penetrato in una natica, era successivamente penetrato nel piccolo bacino o meno; l'ombra del proiettile si proiettava nelle vicinanze della spina ischiatica e non era mobile con gli atti respiratori; il procedimento descritto valse a stabilire che il proiettile si trovava anteriormente alla spina ischiatica; da qui un giudizio di probabile penetrazione in cavità, che fu convalidato dall'intervento operatorio.

Se poi vogliamo conoscere quantitativamente la distanza tra i due elementi (proiettile ed apofisi ossea), stabilire cioè quanto si trova il proiettile più avanti o più indietro del punto di repere osseo, allora si può usare un sistema basato anch'esso, come tutti gli altri sui triangoli simili.

Esso però differisce dal metodo di Moritz, Mackenzie e Davidson, poichè vuole dare la distanza non già dalla superficie cutanea (dato come abbiamo detto di scarsa importanza, perchè esposto a molte cause di errore), ma da parti ossee ben visibili radiologicamente e che si trovano nelle immediate vicinanze di visceri importanti.

Se vogliamo procedere alla determinazione quantitativa di tale distanza, possiamo allora procedere come segue:

Si determina sul tubo il raggio centrale col consueto sistema della doppia croce (per questo si può tenere già preparato a parte un sup-

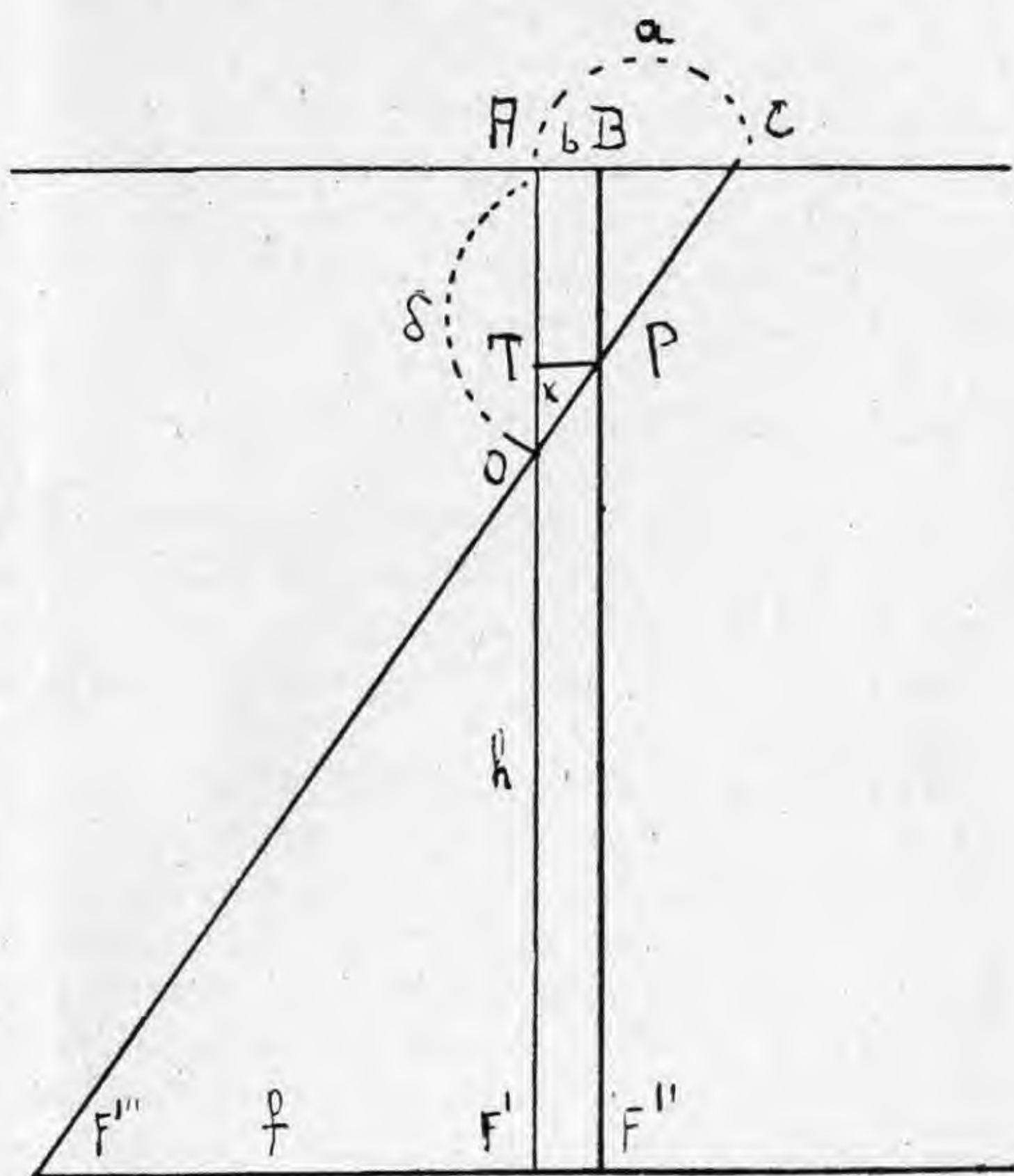



FIG. 3. — O = punto di riferimento osseo. P = proiettile.

porto con doppia croce da applicare sul tubo, quando occorra).

Il criptoscopio non viene impugnato, ma sorretto da un sostegno che ne mantenga rigorosamente orizzontale lo schermo fluorescente, sulla cui faccia esterna si applica un foglio di carta.

Il paziente è in decubito supino. Il tubo al di sotto del paziente; come è noto, esso negli apparecchi radiologici da campo è mobile su un binarietto; ci sarà allora facile con un centimetro calcolarne lo spostamento nel binario.

Ciò prestabilito, con il raggio centrale centriamo prima l'apofisi ossea, che abbiamo scel-

to come repere anatomico, e segniamo con una matita sulla velina al di sotto dello schermo del criptoscopio, il punto preciso in cui vediamo l'imagine (A), poi spostando il tubo, centreremo analogamente l'imagine del proiettile (B); finalmente sposteremo il tubo ancora lateralmente nella direzione in cui le immagini del proiettile e quella del punto di repere si avvicinano fino ad ottenere la loro sovrapposizione e chiameremo questo punto (C), sempre segnando sulla carta (fig. 3).

Misureremo prima la distanza A-C, e la chiameremo *a*, poi la distanza A-B, e la chiameremo *b*; successivamente misureremo lo spostamento che abbiamo dato al tubo dalla posizione F' alla posizione F''', trascurando completamente la posizione F'', e lo chiameremo f.

Conoscendo la distanza tubo-schermo, anch'essa facilmente misurabile (H), ci sarà facilissimo stabilire la distanza (x), che separa il proiettile dal piano parallelo allo schermo passante per il punto osseo di repere, in altre parole la misura dello spostamento del proiettile in avanti o in dietro al punto di repere.

Esso è dato dalla formula: $x = \frac{b \times H}{a + f}$

Se ci si vuole rendere conto del come si giunge a questa formula, bisogna rifarsi alla formula di Moritz da cui si parte.

Cominciamo col fare la costruzione geometrica (fig. 3).

Sia O il punto di repere osseo, P la posizione del proiettile, A l'imagine del primo, B l'imagine del secondo, C il punto di sovrapposizione delle due ombre spostando lateralmente il tubo. Per la similitudine dei due triangoli AOC e F'OF''', si avrà la seguente proporzione (ad angoli uguali si oppongono lati proporzionali) $\overline{F'F'''} : \overline{AC} = \overline{OF'} : \overline{AO}$, e per una ben nota proprietà delle proporzioni (sommando l'antecedente col conseguente, la proporzione sussiste), $\overline{F'F'''} + \overline{AC} : \overline{AC} = \overline{OF'} + \overline{AO} : \overline{AO}$ e, chiamando come in fig. 1 $\overline{AC}$ come a, $\overline{F'F'''}$ = f, ed inoltre $\overline{AO} = \delta$ $\overline{OF'}$ = h, avremo $a + f : a = \delta + h : \delta$, ma $\delta + h$ altro non è che tutta la distanza fuoco-schermo H, per cui: $a + f : a = H : \delta$ da cui:

$$\delta = \frac{H \times a}{a + f} \quad (1).$$

Fin qui la formula di Moritz.

Ma poichè sono simili anche i triangoli AOC e OPT, poichè PT è tracciata per costruzione parallela alla base del triangolo grande AC, saranno anche in questi due triangoli, proporzionali tra loro i lati opposti ad angoli uguali, e quindi $\overline{AO}$ opposto all'angolo $A\hat{C}O$ starà a $\overline{TO}$ opposto all'angolo $T\hat{P}O$, come AC del triangolo grande opposto ad AOC sta a $\overline{PT}$ del triangolo piccolo opposto allo stesso angolo

$$: \overline{AO} : \overline{TO} = \overline{AC} : \overline{PT}$$

E poichè AO lo abbiamo chiamato - d -, AC è stato chiamato - a -, PT è chiaramente uguale ad AB, denominato per convenzione - b -, e TO altro non è che l'incognita cercata, possiamo scrivere $\delta : x = a : b$ da cui $x = \frac{a}{b} \times \delta$

e sostituendo a - d - il suo valore nella formula precedente (1) avremo

$$x = \frac{b}{a} \times \frac{H \times a}{a + f} = \frac{b \times H \times a}{a \times (a + f)} = \frac{b \times H}{a + f}$$

Come si vede la formula non è affatto più complessa di quella del Moritz: è sempre il rapporto di un prodotto per una somma.

Concludendo: il fenomeno della parallasse già utilizzato da Holzknecht per la localizzazione delle scheggie metalliche dagli arti, può essere, a mio parere, di notevole utilità anche nei feriti del tronco, tutte le volte che si voglia stabilire la posizione del proiettile rispetto a determinate formazioni ossee, visibili in una sola proiezione, e prese come punto di riferimento.

Se utile, può essere con tale procedimento calcolata anche la distanza del proiettile dal punto di riferimento osseo e ciò con tanta maggiore esattezza in quanto i dati ricavati dall'esperienza (spostamento del tubo, spostamento delle imagini) sono notevolmente più grandi del valore dell'incognita, e quindi eventuali errori nella misurazione di essi vengono notevolmente impiccoliti nel calcolo dell'incognita.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un artificio, basato sul principio della parallasse, per la localizzazione dei proiettili nei feriti del tronco.

MEDICINA LEGALE

SCUOLA DI APPLICAZIONE DI SANITÀ MILITARE DI FIRENZE
Direttore: Gen. Medico Prof. A. GERMINO.

Può avere significato medico-legale militare il reperto di radiologo non militare?

Ten. Colonnello Medico ROSARIO IMPALLOMENI
insegnante aggiunto.

Le interessanti relazioni Vallebona e Della Santa sul tema « Valutazione medico-legale militare del reperto radiologico », presentate il 17 maggio 1942 u. s. al Raduno Nazionale di Firenze della Sezione Tecnica Radiologica del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici, hanno richiamato l'attenzione su un problema di notevole interesse attuale. In particolare la relazione Della Santa ha prospettato una questione importante, ma certamente spinosa.

Il problema, come è stato prospettato dal Della Santa e dalla discussione che ne è seguita, tendente a dare un contenuto medico-legale militare, positivo o negativo, ai reperti di radiologi civili consegnati ad individui aventi obblighi militari, può essere impostato in questi termini: possono e fino a qual punto avere significato medico-legale militare i reperti di indagini radiologiche, subite precedentemente in ambiente civile e prevalentemente privato, che i militari in servizio, o all'atto del richiamo, esibiscono a documentazione di stati patologici da essi allegati e che possono più o meno incidere sulla loro idoneità al servizio militare?

Vorrei un po' prospettare la questione dal punto di vista del medico militare, perchè a questo problema nessuno può portare un contributo di esperienza come chi ha per lunghi anni eseguito un lavoro radiologico in quella speciale atmosfera dei nostri Ospedali Militari, nei quali l'indagine radiologica, rivolta sempre al fine fondamentale di risolvere un problema clinico, si svolge costantemente con mentalità medico-legale. Il medico militare conserva sempre, in ogni manifestazione della sua attività tecnica, la veste di perito. Tale è sempre, nell'ambito della sua competenza specifica, anche il radiologo militare.

Il giudizio medico-legale deve sempre fondarsi su una diagnosi clinica. Quindi potrebbe sembrare superfluo il dare una intonazione medico-legale al giudizio radiologico, del quale anzi si potrebbe credere caratteristica una obbiettività quasi anatomica, se l'indagine radiologica non coinvolgesse un complesso di rilievi funzionali, oltre che anatomici, i quali imprimono un netto indirizzo clinico a questo nostro metodo di indagine. Ma in ambiente militare questo indirizzo clinico dell'indagine radiologica ha uno speciale sapore per la necessità di sceverare la frode dalla realtà del fatto morboso. Questa necessità obbliga il radiologo ad una rigorosa metodica di indagine e ad una valutazione minuziosa, esattamente obbiettiva, dei documenti radiologici, senza il preconcetto della pretestazione che fa vedere un simulatore o quasi in tutti i soggetti esaminati. Bisognerebbe quindi cominciare con il parlare non di valutazione medico-legale del reperto radiologico, ma di indirizzo medico-legale militare dell'indagine radiologica.

La valutazione medico-legale del reperto radiologico non è fatta dal radiologo, ma da quegli organi medico-legali militari cui il legislatore deferisce la competenza a giudicare. Per questi organi medico-legali il reperto radiologico non costituisce che una parte dell'indagine peritale, non è che un documento che insieme con i risultati di tutte le altre indagini, cliniche e di laboratorio, porta al giudizio medico-legale complessivo. È vero che spesso il reperto radiologico assurge ad importanza fondamentale nel giudizio peritale. Ma non bisogna dimenticare che esso non è l'unico elemento del provvedimento medico-legale.

Vi è poi un'altra considerazione. Come il giudice si serve del perito d'ufficio di sua scelta, così gli organi medico-legali militari, che hanno contemporanea competenza di perizia e di giudizio, non possono servirsi che dei resultati delle indagini radiologiche praticate da radiologi militari. I quali, perchè tali, sono garanzia davanti a questi organi, non solo del reperto, ma anche dell'indirizzo medico-legale dato al loro metodo di indagine.

Ciò premesso, risulta evidente che i reperti o comunque i documenti di indagini radiologiche eseguite in privato, in ambiente non militare, non possono avere valore documentale militare.

Si potrebbe pensare che questi documenti, pur non avendo valore documentale, possono essere utili all'ufficiale medico radiologo potendo portare elementi al suo giudizio e consentirgli di semplificare la sua indagine. Ma anche in questo caso, pur dando a questi documenti radiologici un valore esclusivamente soggettivo e personale soltanto per il radiologo, essi non sono utilizzabili per molteplici ragioni.

È vero che per l'indirizzo, diciamo così, fiscale dell'indagine radiologica in Ospedale militare si incontrano speciali difficoltà. Queste difficoltà non hanno grande rilievo in tempo di pace, quando i tentativi di frode sono rari ed il numero non grande di soggetti che si presentano nei reparti radiologici consente lo svolgimento di una metodica d'indagine accurata, che è il fondamento di un giudizio il più possibile esatto. In tempo di guerra aumenta il numero delle pretestazioni e specialmente aumenta il numero dei soggetti da esaminare. Aumentano, quindi le difficoltà. La metodica di indagine deve di necessità affrettarsi per non ingorgare i reparti ospedalieri, specialmente quelli a compiti medico-legali. Come giustamente faceva osservare Bistolfi al Congresso di Radiologia di Bari, è alla fretta e, quindi, ad incompleta osservazione che si devono imputare le principali cause di errore dell'indagine radiologica. ma queste difficoltà vengono superate con la organizzazione. In tempo di guerra aumenta il numero degli ospedali, con la creazione di nuovi ospedali territoriali, che quasi tutti sono forniti di impianti di radiologia. Negli ospedali stabili già esistenti, si aumenta il numero delle Sezioni radiologiche. Ma specialmente queste difficoltà le vince il radiologo militare sfruttando tutte le risorse della tecnica e aumentando la durata del suo lavoro giornaliero. Questo lavoro viene accresciuto dall'esame dei documenti radiologici che ci esibiscono gli interessati, documenti provenienti da indagini cui si erano sottoposti in privato. Noi potremmo anche esimerci dall'esaminare questi reperti, ma non rifuggiamo dal farlo per due ragioni: la prima è la speranza di trovare in questi documenti elementi capaci di illuminare la nostra indagine, la seconda è l'intenzione di non peccare di superbia.

Per mia esperienza le possibilità di valorizzare questi documenti radiologici, provenienti da ambienti tecnici estranei al nostro normale ambiente di lavoro sono praticamente nulle.

Le condizioni tecniche nelle quali si lavora nei Reparti di Radiologia degli Ospedali militari non differiscono da quelle nelle quali si lavora in ambiente extramilitare. Ci si vorrà rimproverare che in diagnostica polmonare si lavori prevalentemente in scopia? Se tutte le indagini radiologiche del torace si dovessero svolgere in grafia, considerato il numero di soggetti inviati giornalmente ad esame radiologico dalle Sezioni accertamenti diagnostici per la tubercolosi noi faremmo uno sciupio inutile di materiale prezioso, specialmente in questo periodo di difficoltà di rifornimento di materie prime. Noi lavoriamo in radiodiagnostica polmonare prevalentemente in scopia, riservando il radiogramma integrativo a quei casi nei quali questa necessità viene messa in rilievo dal reperto clinico o dall'indagine radioscopica.

In verità un passo avanti abbiamo fatto con la micrografia che quasi tutti, noi radiologi militari, usiamo in diagnostica radiologica del torace. Il microgramma toracico, oltre a costituire un documento nella pratica medico-legale, ci consente di rilevare uno stato di sanità toracica o la presenza di lesioni pleuro-polmonari grossolane, il cui rilievo è sufficiente per un giudizio peritale. Esso ci indica poi i casi nei quali sia necessario praticare una normale indagine radiografica del torace per mettere in evidenza manifestazioni di più delicato rilievo.

A parte queste considerazioni ci sono ragioni fondamentali che tolgono valore ai reperti radiologici extramilitari.

Un collega radiologo mi faceva tempo fa notare che la guerra aveva portato ad una maggiore affluenza di pazienti negli Istituti privati di radiologia, con richieste di indagini radiologiche tendenti a stabilire lo stato di salute di costoro in rapporto ai loro obblighi militari. Ciò fa anzitutto pensare come a queste indagini si sottopongano soggetti, i quali, in tempi normali, non avrebbero sentito il bisogno di sottoporsi ad esami radiologici. Si tratta, infatti prevalentemente di individui che per il passato hanno sofferto di affezioni, attualmente più o meno superate, i quali vorrebbero conoscere se esiste ancora una sintomatologia radiologica obiettivabile della loro pregressa infermità, che possa servire di fondamento ad un eventuale provvedimento medico-legale militare in loro favore. È facilmente comprensibile come queste indagini possano svelare stati morbosi realmente esistenti e silenti, ma anche come esse possano servire di spunto a pretestazioni di infermità superate nelle quali la sintomatologia subiettiva possa essere più rappresentata mnemonicamente che non per reale esistenza attuale.

Quindi già il presentare un reperto radiologico privato mette in sospetto il radiologo militare.

Ordinariamente accade di vedersi presentare il solo reperto radiologico, o soltanto i radiogrammi, o reperto e radiogrammi insieme.

Al reperto radiologico solo non può darsi alcun valore. Esso potrebbe sembrare un consiglio sul modo di interpretare i radiogrammi

che il radiologo militare farà. Ora mi è talvolta occorso di osservare che reperti esibiti assieme ai radiogrammi non rispondevano al concetto diagnostico che a mio modo di vedere doveva scaturire dai radiogrammi presentati. Basterà ricordare come la presenza di alcune anomalie scheletriche possa ingenerare il dubbio di una lesione traumatica, specialmente se esse sono evidenziate dopo un trauma.

Potrebbero avere qualche significato i radiogrammi. Ma vi è l'importante questione della identità dei radiogrammi esibiti.

Non può escludersi, infatti, la frode da parte dell'interessato, che può esibire reperti e radiogrammi appartenenti ad altri. È occorso talvolta di vedersi presentare persino radiogrammi toracici di donne da parte di simulatori primitivi. A parte questo banale tentativo di frode, facilmente dimostrabile ed eccezionale, si può verificare la presentazione di radiogrammi appartenenti ad individui diversi dai soggetti veramente interessati e da esaminare. Sarebbe quindi da auspicare l'adozione di un metodo tipo di identificazione dei radiogrammi che potrebbe essere anche quello delle impronte radiografiche digitali proposto dal Gerin. Ma anche nel caso di adozione di un metodo di identificazione del radiogramma non si potrebbe essere al sicuro da tentativi di frode.

È noto come un radiogramma normale possa essere falsificato anche sul negativo. È vero che il ritocco di un negativo può essere scoperto da un occhio sperimentato. Ma talvolta la frode può essere molto perfezionata. Per esempio, da un negativo radiografico normale si può ritrarre un positivo che può essere ritoccato e poi fotografato in modo da esibire un nuovo negativo, si può dire perfetto, in cui il ritocco è difficilmente dimostrabile e che può anche riprodurre le impronte digitali dell'interessato, qualora esse fossero state riprese sul primo negativo. In questo caso la frode può essere dimostrata solo dal radiogramma che il radiologo militare deve eseguire per il suo accertamento diretto.

Altra ragione che svaluta il radiogramma eseguito in privato è la possibilità di tentativi tecnici di frode. Tutti sanno che con variazioni di incidenza si possono riprodurre condizioni apparentemente anormali. Basterà ricordare come una laterale sfalsata del collo del piede possa mostrare modificazioni del profilo della superficie articolare tibiale dell'astragalo, che, invece di presentare un profilo cupoliforme, si presenta a dorso di cammello. Variazioni di incidenza possono simulare sublussazioni della testa omerale, di un condilo femorale, o fusione di corpi vertebrali, ecc.

Debbo, però, rilevare che per mia esperienza diretta non ho mai rilevato tentativi di frode svolti in questo senso e nei quali la responsabilità di un radiologo potrebbe essere discussa.

Questi rilievi non sono semplicemente teorici. Essi provengono dalla esperienza di tutti i giorni, perchè molti, troppi, sono i documenti radiologici extramilitari che ci vengono esibiti dai soggetti da esaminare, specialmente quando si tratta di indagini dell'apparecchio digerente. Appunto in questo campo si hanno le prove più evidenti sulla impossibilità di fondarsi su reperti non provenienti dal nostro ambiente di lavoro e non soltanto perchè queste indagini sono ordinariamente svolte con scopi esclusivamente clinici senza quell'indirizzo medico-legale nel quale si svolgono costantemente le nostre ricerche. La metodica di indagine radiologica dell'apparecchio digerente non è facile. Così accade che talvolta ci vengano esibite documentazioni superficiali, insufficienti per difetto di metodo e di completezza, talora per la difficoltà stessa del caso. Mi è capitato di vedere radiogrammi di uno stesso soggetto, provenienti da due diversi radiologi, i quali concordavano, approssimativamente, nella conclusione diagnostica di natura e regionale ma discordavano nella indicazione della sede. Evidentemente si erano seguiti più criteri clinici che di obiettività radiologica, che questi avrebbero dovuto se mai dare contemporanee indicazioni di natura e di sede. Ricordo un caso nel quale un bulbo a festone, o come diceva Busi a zendado, era stato ritenuto ulceroso. Ma un radiologo indicava con la solita freccia una pseudoimmagine di nicchia sulla piccola curvatura bulbare mentre l'altro la segnava sulla grande, in prossimità del ginocchio superiore del duodeno. Sui radiogrammi esibiti la prima porzione duodenale era insufficientemente riempita. La nostra indagine portò alla esclusione di lesioni ulcerose, essendoci riuscito di riprodurre in serie un duodeno a festone, sufficientemente riempito e che non presentava alcuna immagine patologica, nè segni indiretti di ulcera.

Queste considerazioni portano quindi ad una completa svalutazione medico-legale dei documenti radiologici provenienti da ambienti per noi estranei. Essi possono sembrare idonei ad una collaborazione tra radiologi civili e radiologi militari. Praticamente si riducono ad una perdita di tempo per il radiologo che li esamina nella speranza di trovarci qualche elemento positivo di giudizio.

SUNTI E RASSEGNE

TERAPIA.

Vitamine nella cura di malattie interne.

(STEPP. *Deut. Medizin. Wochenschrift*, 21 agosto 1942).

La terapia vitaminica è principalmente una cura sostitutiva, che con la somministrazione di una o dell'altra sostanza di cui l'alimentazione difetta, rimuove i disturbi provocati da tale difetto. Per lo più i disturbi da carenza sono dovuti non alla deficienza di un solo, bensì a quella di più fattori: così nel beri-beri il riso brillato che lo provoca, manca non solo di B_1, ma di tutto il complesso B_2, di vitamine liposolubili e di proteidi e minerali importanti. Anche nello scorbuto e nella pellagra, se è vero che i disturbi più gravi ed evidenti guariscono con la sola vitamina C risp. la amide dell'acido nicotinico, un effetto duraturo si può ottenere soltanto se si sostituisce la alimentazione difettosa con una dieta che contenga tutte quante le vitamine.

Le condizioni più semplici si hanno forse nella avitaminosi K, in cui è difettosa la coagulazione del sangue per insufficiente formazione di protrombina.

Qui fa difetto una sola vitamina, la K: non si ha difetto di ingestione della vitamina, bensì di assorbimento, perchè essa viene assorbita solo in presenza di bile. La iniezione di vitamina K elimina prontamente il disturbo: negli operandi per ittero occlusivo essa evita sempre le emorragie durante la operazione, prima tanto temute. Anche nelle emorragie polmonari di tubercolosi gravissime si è trovata una deficienza di vitamina K; in altri casi però di vitamina C: le deduzioni terapeutiche sono ovvie. La avitaminosi K non è la sola in cui si abbiano fenomeni da carenza non per insufficiente ingestione, ma per cattivo assorbimento di vitamine: la causa può essere o un disturbo gastro-intestinale oppure la distruzione della vitamina nel tenue per azione di una flora batterica anormale. In vitro alcuni batteri e cocchi presenti nel tenue, distruggono la vitamina C. Vitamina C data per bocca, viene in gran parte distrutta prima di venir assorbita, nelle gastroenteriti, soprattutto se associate ad ipocloridria gastrica. Nelle malattie gastrointestinali si dovrebbe quindi somministrare la vitamina C solo per via endovenosa. Molto più indipendente dai processi gastro-intestinali è l'assorbimento della vitamina C nel complesso alimentare che la contiene, p. es. nel succo di limone. Si conoscono anche deficienze di vitamina A e di vitamina B_1 in seguito a cattivo assorbimento intestinale. Così nei gravi disturbi gastro-intestinali è frequente la emeralopia, primo sintomo di avitaminosi A; si deve allora iniettare la vitamina. Anche carenze da vitamina B_1, soprattutto la polinevrite, si associano spesso a malattie dello stomaco e dell'intestino. Oltre che la causa, i disturbi gastrointestinali possono però a volte essere anche conseguenza di una insufficienza di vitamina negli alimenti: a loro volta, essi peggiorano l'assorbimento della vitamina alimentare e ne risulta un circolo vizioso che si può rompere soltanto se si somministra la rispettiva vitamina per via parenterale. Nella cura di malattie gastro intestinali si ottengono spesso ottimi risultati dalla somministrazione di vitamina C e del complesso B; l'A. ha constatato tali risultati anche in ulcere gastriche con tendenza alle emorragie. La alimentazione degli gastroenteropazienti deve perciò contenere, oltre alla vitamina C e al gruppo B, succo di frutta e di verdura in aggiunta alla dieta fondamentale composta di latte, mucilagini, pappe. La vitamina B_1 viene utilizzata dall'organismo in forma di acido piroaneurin-pirofosforico; è possibile che in determinate condizioni questo venga distrutto nel canale digerente, derivandone sintomi polineuritici. Sappiamo che la aneurina pura viene decomposta in casi di malattie gastrointestinali; essa viene distrutta soprattutto in presenza di anche minime tracce di sangue. In questi casi la somministrazione orale di vitamina B è inefficace e la si deve somministrare per via parenterale. Accanto alla vitamin B_1 è bene dare sempre anche la B_2, perchè esiste tra esse un obbligato sinergismo di azione. Le dosi utili di vitamina B_1 sono 30, 50 e anche 100 mg. Buoni risultati si ottengono in tutte le forme di polineurite, alcooliche, diabetiche, gravidiche, difteriche. Ottimi risultati si hanno anche nella comune paralisi reumatica del faciale. La inefficacia della terapia vitaminica in casi di polineurite deve far sospettare la esistenza di foci infettivi; la eliminazione di questi è seguita da rapida guarigione.

La deficienza di lattoflavina è conosciuta col nome di « ariboflavinosi »: si determinano alterazioni della mucosa faringea e laringea, glossite, lesioni cutanee ed ungueali, fissure agli angoli della bocca ed anemia ipocromica. Altro sintomo è la cecità crepuscolare, che a differenza dalla emeralopia non si modifica con la somministrazione di vitamina A; si ha spesso anche porfinuria. La somministrazione di pochi milligrammi di lattoflavina rimuove di colpo tutte le manifestazioni della ariboflavinosi, e in particolare le fissure degli angoli boccali.

Sia la aneurina che la lattoflavina che la amide dell'acido nicotinico formano esteri con l'acido fosforico: se una di queste vitamine è data in dose eccessiva, essa accaparra per sè l'acido fosforico disponibile sottraendolo alle altre vitamine che quindi non possono esplicare la loro azione specifica. Perciò una eccessiva somministrazione di vitamina B_1 nel beri-beri può provocare sintomi di pellagra.

una eccessiva somministrazione dell'amide dell'acido nicotinico nella pellagra può provocare sintomi di beri-beri.

Le alterazioni linguali che accompagnano la anemia perniciosa somigliano a quelle della ariboflavinosi; ad ogni modo esse guariscono rapidamente se si somministra la lattoflavina.

Oltre alla loro azione specifica, le vitamine aumentano la resistenza dell'organismo verso sostanze tossiche e verso le infezioni. Così è nota la azione antitossica della vitamina C verso la germanina, il neosalvarsan, la tossina difterica; della lattoflavina verso il tallio ed altri metalli pesanti; del complesso B verso i preparati di oro, di cui impedisce l'azione nociva sui granulociti. Anche la leucopenia da raggi Röntgen viene impedita dalla vitamina B_2. La vitamina B_1 protegge l'organismo contro la polinevrite da sulfamidici.

Deficienza di vitamina C ha per conseguenza una minore resistenza dell'organismo verso le infezioni: nelle malattie da infezioni gravi o lunghe, in cui la resistenza organica è deficiente, è molto utile dare alte dosi di vitamina C ed anche le vitamine del gruppo B.

P.

L'innesto sottocute di ormoni sintetici.

(M. SPOSITO. *Rif. Med.*, 12 settembre 1942).

Questa nuova forma di terapia endocrina sembra poter sostituire assai bene le iniezioni di estratti glandolari totali e presentare dei vantaggi pratici, per cure di lunga durata, nei confronti di queste.

Deanesly e Parkes per primi eseguirono impianti sottocute di ormoni sessuali maschili e femminili, sotto forma di piccole compresse. Tale metodo è stato ampiamente studiato su animali da esperimento ed è poi stato applicato per la cura di varie sindromi disendocrine: disturbi della menopausa (Twombly e Mitten), morbo di Addison (Thorn e coll.), ipogenitalismo maschile (Eidelsberg e Ornstein). La regione da preferirsi per l'impianto è la interscapolo-vertebrale destra; l'esecuzione pratica dell'impianto stesso è assai semplice: disinfezione della cute con tintura di iodio o alcole picrico; infiltrazione della cute con soluzione di novocaina; incisione verticale della cute stessa per una lunghezza di 2 o 3 cm.: con una sonda scanalata si praticano, sotto la cute così incisa, dei piccoli recessi nei quali, mediante una pinzetta, si pongono le compressine, in maniera che ognuna sia isolata dalle altre; infine, sutura dell'incisione mediante due punti di seta.

Questa, per sommi capi, la tecnica adoperata da Sposito, senza che egli avesse a riscontrare inconveniente alcuno degno di rilievo, nei casi seguenti:

a) tre ammalati di morbo di Addison e uno di sindrome addisoniforme: in ognuno di questi, innesto di acetato di desossicorticosterone in dose di 8 compressine da 5 mgr. ciascuna. Rapido miglioramento dell'adinamia muscolare e dello stato generale; aumento della pressione arteriosa;

b) quattro giovinette affette da metrorragie della pubertà: innesti di acetato di desossicorticosterone; risultati scarsi;

c) sei donne sofferenti di disturbi della menopausa (caldane, vertigini, ansia): innesti di 40 mgr. di ovociclina, sempre suddivisi in compressine da 50 mgr. ciascuna. Miglioramento rapido (in pochi giorni) e che perdurava a distanza di cinque mesi dall'innesto;

d) una donna affetta da una metrorragia ostinatissima: innesto di 200 mgr. di progesterone. Rapido miglioramento, poi cessazione della metrorragia;

e) un uomo affetto da deficienza testicolare con sindrome ipogenitale: innesto di 4 mgr. di progesterone. Miglioramento.

I risultati in complesso molto favorevoli di questi esperimenti terapeutici e l'assenza di inconvenienti per quanto riguarda la tecnica ad essi relativa fanno ritenere all'A. che l'innesto sottocute di ormoni sintetici sia meritevole di larga applicazione: egli si propone inoltre di procedere a innesti di vari ormoni contemporaneamente, dato che, pur prevalendo nel quadro clinico di ogni malato l'insufficienza di una determinata glandola, le insufficienze glandolari sono sempre multiple. A. B.

L'eparina come terapia contro la trombosi.

(G. BAUER. *Acta Chirurgica Scandinavica*, fascicolo 3-4, 1942).

Sono noti il valore e le esperienze fatte coll'uso dell'eparina contro la trombosi come profilattico. L'A. invece ritiene che l'eparina possa essere usata con vantaggio non come profilattico ma come agente terapeutico, per combattere la trombo embolia. Il metodo presenta le seguenti caratteristiche: non sono sottomessi al trattamento che i malati nei quali sia già in atto un fatto trombotico; per porre una diagnosi precoce si ricorre alla venografia, che permette di rivelare tutte le manifestazioni precoci della malattia nelle gambe. A questo stadio l'inizio del trattamento dell'eparina provoca un decorso abortivo della malattia. Da un esame di 32 casi non trattati e di 38 trattati coll'eparina per trombosi localizzata alla gamba si vede che nei primi in solo 8 casi la malattia rimase localizzata alla gamba mentre ciò avvenne nel 100 % dei casi trattati. In questi nessun caso di morte, 2 negli altri e inoltre il tempo di degenza in letto per i casi non trattati fu in percentuale di 43 giorni e di 6 giorni invece per i casi sottoposti alla cura eparinica. Questi 38 casi trattati coll'eparina quando la trombosi era localizzata alla gamba

— i così detti casi abortivi — ebbero tre volte al dì 100 mgr. Tredici casi furono osservati solamente quando la trombosi aveva sorpassato la coscia; le dosi di eparina usate furono più forti per una quantità media totale di 1540 mgr. Si ebbe un solo decesso per embolia polmonare ma negli altri casi non si ebbe alcuna complicazione e la degenza a letto non sorpassò i 7,3 giorni come media. In quindici casi si ebbe il sospetto clinico della presenza di un fatto trombotico, sottoposti alla venografia che fu negativa, furono fatti alzare senza che in seguito si avessero disturbi di sorta. Coll'uso dell'eparina il trattamento dei malati colpiti da trombosi è abbreviato di circa 1/7 del tempo comunemente necessario di degenza a letto, con un vantaggio economico sensibilissimo, che compensa a usare delle spese per il costo dell'eparina e del materiale per la venografia. Il metodo ridurrà anche il numero delle invalidità permanenti e ha ridotto di gran lunga la media della mortalità per questa grave malattia. BENDANDI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

MINISTERO DELL'INTERNO. *Notiziario dell'Amministrazione Sanitaria del Regno*, n. 1, 1942, pagg. 294, L. 15.

Si legge sempre con interesse questo notiziario che, come al solito, raccoglie lavori di vari studiosi su argomenti riguardanti le malattie infettive e l'igiene in genere più le notizie attinenti alla Sanità pubblica e le circolari della Direzione Generale di Sanità.

Anche a questo volume ha collaborato, come in quasi tutti gli altri volumi, il Direttore Generale della Sanità Pubblica, con due lavori, uno sui « Concetti e direttive per la lotta contro la poliomielite » e uno sul « Tifo esantematico ». Della poliomielite si occupano pure G. Salvioli sul modo di trarre il miglior profitto dalle cure di recupero e G. A. Canaperia in collaborazione con B. Vezzoso sulla poliomielite in Italia nel 1939.

E poi ancora articoli sulle malattie infettive: M. Francioni si occupa della assistenza antitubercolare agli assicurati e alle loro famiglie nel 1940 e 1941, G. Buonomini dell'applicazione alla vaccinazione umana di un nuovo vaccino antidifterico ricco di antigene Vi, G. D'Alessandro dei saggi di vaccinazione antidifterica per via inalatoria secondo Petragnani e A. Canalis dell'epidemiologia e profilassi della febbre ondulante.

P. Fracasso scrive dei pericoli dei raggi X e da elettricità nei gabinetti radiologici e mezzi di difesa e M. Lombardi e Trikurakis fanno una relazione sui risultati del censimento del 1939 sullo stato della tiroide negli alunni delle scuole elementari della provincia di Aosta.

La parte dedicata alla propaganda si occupa della lotta contro la scabbia e delle istruzioni impartite dalla Direzione di Sanità contro la febbre tifoide.

Fra le notizie varie sono state date relazioni sul Raduno dei medici provinciali della Campania, delle Puglie, dalla Calabria, sul Congresso per la tubercolosi di guerra e in tempo di guerra e dell'attività del Consiglio Superiore di Sanità.

Sono integralmente riportate le circolari del 1° semestre del 1942 della Direzione Generale di Sanità e infine, in appendice al volume, l'indice generale del 1941 e l'indice analitico delle Circolari per lo stesso anno. L.

Annali della Facoltà di Medicina e Chirurgia della R. Università di Bari. Casa Editrice Macrì, Bari.

È questo il 1° volume degli Annali della Facoltà Medica di Bari il quale contiene una relazione sull'attività di ogni Istituto della Facoltà ed il testo delle comunicazioni svolte nelle riunioni mensili dei medici sotto la presidenza del prof. Luigi Ferrannini.

Dalle prime risulta quanto sia intensa l'attività dei singoli Istituti sia clinici che biologici nonostante il particolare momento che attraversa la Nazione, le seconde sono delle trattazioni di interessanti argomenti di attualità tra le quali ricordiamo: « La terapia sulfamidica »; « Anacronismi della personalità in alcune epoche estreme della vita »; « Il problema del cancro. Considerazioni del medico internista »; « La Clinica di fronte alla colecistografia» di Luigi Ferrannini; «Metastasi di neoplasie a sede occulta » di C. Righetti; « Stato attuale della terapia del cancro del collo dell'utero » di G. Aymerich; « Aracnoidite otto-chiasmatica da infezione malarica »; « Complicazioni neurologiche della trombosi coronarica acuta » di V. Chini; « Dati statistici e clinici sui tumori maligni cutanei osservati nella Clinica Dermosifilopatica di Bari nel quinquennio 1936-1940 » di G. Bertaccini; « Un trachelografo » di M. Mitolo; « Influenza dell'acido nicotinico sulla evoluzione del callo osseo » di G. Solarino e Rizza V.; « Punti fermi e nuove ipotesi nella radiologia della cellula neoplastica », La colecistografia nella pratica clinica di P. Del Buono; « Vizi congeniti di cuore » di I. Rizzi, e quelle di Vercesi R., Boncinelli U., Palazzo L., Samele E., Guarnieri V.

Spetta al prof. L. Ferrannini, preside della Facoltà, la felice iniziativa della pubblicazione degli Annali (ne è già in corso di stampa il 2° volume, i quali testimoniano tutte l'attività della Facoltà Medica di Bari. A. P.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Diagnosi e terapia delle forme di ipoglicemia spontanea

Ph. Paguiez (*Presse Méd.*, 17-20 settembre 1941). mette in rilievo un interessante lavoro sulle ipoglicemie di M. Bickel, comparso negli « Archives des Maladies dell'appareil digestif » (1940 n. 9, p. 951). Il Bickel si è sforzato di precisare gli elementi per diagnosi differenziale tra le diverse forme di ipoglicemia, necessaria per poter applicare una terapia razionale. Bickel dice che l'ipoglicemia spontanea può essere dovuta a quattro perturbazioni essenziali: produzione esagerata di insulina (iperinsulinismo vero e proprio), insufficienza funzionale del sistema antagonista del pancreas (ipofisi e surrenali), insufficienza del fegato, difettoso funzionamento del sistema nervoso il cui meccanismo regolatore è alterato. Tutte queste forme sono però più o meno rare, perchè nella proporzione dell'80 % si tratta, secondo Bickel, di ipoglicemia spontanea costituzionale, i cui accidenti sono dovuti a scariche di insulina senza lesione riconosciuta del pancreas; si verifica soprattutto in individui nervosi a sistema organo-vegetativo instabile e gli accidenti evolvono spesso in un insieme di sintomi nervoso-funzionali che possono mascherare la sua realtà.

Riguardo alla terapia schematicamente si può dire che bisogna somministrare idrati di carbonio in quantità sufficiente e con una frequenza opportuna. Tuttavia bisogna tener bene presente la forma di ipoglicemia: nei casi di iperinsulinismo vero e proprio, dovuto a un adenoma, a un carcinoma o ad iperplasia degli isolotti di Langerhans, si imporrà la cura chirurgica; nelle forme di origine ipofisaria o surrenale sarà necessaria la somministrazione di questi ormoni; nell'ipoglicemia epatica è consigliabile dare glucosio a piccole dosi ripetute frequentemente.

Più delicata è la cura dell'ipoglicemia costituzionale, per la quale Bickel raccomanda un regime equilibrato, avente una quantità sufficiente di calorie, ma, contrariamente a quanto potrebbe sembrare a prima vista, povero di idrati di carbonio, normale per quanto riguarda le albumine e ricco di grassi; ciò perchè gli idrati di carbonio, pur contribuendo potentemente all'aumento delle riserve di glicogeno, sono degli eccitanti fisiologici dell'insulinogenesi e possono provocare crisi ipoglicemiche attraverso una iperinsulinemia reattiba. Invece un regime ricco di grassi e povero di idrati di carbonio determina, in capo a qualche settimana, un chiaro aumento del tasso della glicemia a digiuno. Quindi in questi malati la razione di idrati di carbonio non dovrà superare i 100-150 gr. al giorno. Contemporaneamente è utile somministrare piccole dosi di sedativi, tra cui i più consigliabili sono il gardenal e la belladonna.

F. T.

Influenza della alimentazione di guerra sul diabete mellito.

K. Oberdisse e A. Fleckenstein (*Deut. Medizin. Wochenschr.*, 17 luglio) rilevano che l'alimentazione dei diabetici nella guerra attuale si distingue da quella applicata agli stessi ammalati in tempi di pace per una modica riduzione delle calorie totali, forte riduzione dei grassi, sufficiente somministrazione di proteidi e lieve aumento degli idrati di carbonio. Curve della glicemia e della glicosuria dei medesimi ammalati nel 1938 comparati con curve nel 1940 permettono giudizi sugli effetti della mutata alimentazione. Ricerche su circa 150 diabetici dimostrano buoni effetti dalla mutata alimentazione. I diabetici si possono dividere in tre gruppi; lievi, medi, gravi. I diabetici leggeri sono quelli che si potevano rendere aglicosurici con sole misure dietetiche, senza insulina e che in tempo di guerra tollerano per lo meno 130-140 gr. di idrati di carbonio. I diabetici di media gravità sono quelli che hanno bisogno di insulina, ma che con tale medicamento tollerano una sufficiente quantità di idrati di carbonio e sono atti al lavoro. I diabetici gravi hanno bisogno di quantità maggiori di insulina e tendono alla acidosi. Le forme lievi di diabete sono più frequenti nel sesso maschile che nel femminile. Un netto miglioramento si osserva durante la guerra nelle forme leggere e in quelle di media gravità: diminuzione della glicemia, migliore tolleranza per gli idrati di carbonio, possibilità di ridurre le dosi di insulina.

Manca invece un effetto nettamente benefico della alimentazione di guerra nei diabetici gravi, in cui di fronte a casi migliorati stanno circa altrettanti casi peggiorati. Nel complesso dei diabetici si osserva il 61% di casi migliorati, il 34 % di casi rimasti stazionari e il 5 % di casi peggiorati. Un peggioramento si è osservato solo nel 4 % dei casi di media gravità, e nel 30 % dei casi gravi di diabete. Si osserva in genere un miglioramento nei diabetici in età più avanzata, un peggioramento nei diabetici in età più giovanile. Le cause del miglioramento di tanti diabetici sono da ricercarsi principalmente in fattori dietetici: la modica diminuzione delle calorie totali e la forte riduzione dei grassi. Non si può attribuire il miglioramento all'aver adottate le insuli-

ne da deposito in luogo della vecchia insulina, perchè la più alta percentuale di miglioramenti si è notata nei casi leggeri di diabete, che non ricevono affatto insulina. P.

La cura dei disturbi da irradiazione col desossicorticosterone.

In conseguenza delle irradiazioni si formano dei prodotti tossici di decomposizione proteica ritenuti affini alle sostanze istaminiche, i quali provocano particolari disturbi (i cosiddetti « Strahlenkaters » dei tedeschi) analoghi a quelli dovuti alla insufficienza della corteccia surrenale in rapporto ad un sovraccarico funzionale della ghiandola.

Come nella insufficienza, si manifestano infatti alterazioni gastrointestinali (inappetenza, malessere, vomito e diarrea), adinamia muscolare, ipotensione e alterazioni della crasi sanguigna (diminuzione di Na e di Cl, aumento di K, ipoglicemia, ispessimento del sangue). In 25 casi di tali forme morbose, gravi e di media gravità, da irradiazioni Röntgen e di di radio, U. Weichert (*Strahlenther*, n. 71, 127, 1942) ha usato il cortiron iniettandone da 2,5 a 5 mgr. parte come profilattico, parte come curativo; in 19 ebbe ottimo risultato caratterizzato da completa assenza di disturbi soggettivi con abbassamento del polso e della temperatura, in 4 lo stato generale migliorò persistendo stanchezza, inappetenza e talvolta malessere, in 2 la terapia non corrispose per la presenza di altri fattori sfavorevoli. Il momento più adatto per l'iniezione è mezz'ora prima dell'irradiazione. Questi buoni effetti del preparato di corteccia surrenale fanno pensare che si tratti di una vera terapia causale. F. T.

La somministrazione perorale e perlinguale di testosterone.

H. Hinschemann (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 14 agosto 1942) sottolinea i progressi conseguiti durante gli ultimi tempi nella terapia orale con ormone maschile, soprattuto con la fabbricazione da parte della Schering di confetti contenenti 5 mmgr. di metiltestosterone è da usare lasciandoli sciogliere in bocca. In base alla sua esperienza l'A. consiglia di somministrare il primo giorno 2 confetti di testosterone al mattino subito dopo la colazione, quando, in conseguenza del pasto, la mucosa orale è iperemica e capace quindi di assorbire con maggiore facilità il medicamento. Secondo la maggiore o minore gravità del caso, si continua ancora per alcuni giorni con 2 confetti o già fin dal secondo giorno, come avviene nella maggioranza dei casi, diventa sufficiente l'uso di un solo confetto, protratto per 1-2-3 settimane. In casi più recettivi si può sospendere la cura dopo alcuni giorni, per riprenderla dopo una pausa di 1-2 settimane. È necessario che la cura venga fatta sotto sorveglianza medica. F. T.

MEDICINA SCIENTIFICA

Trasmissione diaplacentare della linfogranulomatosi?

Gravidanza e parto aggravano lo stato della donna ammalata di linfogranulomatosi. Una interruzione della gravidanza sarebbe opportuna, dice G. W. Parade (*Deut. Medizin. Wochenschrift*, 28 agosto 1942) se fosse dimostrato che la malattia materna si trasmette al feto attraverso la placenta. Tale trasmissione è stata affermata in base ad una osservazione, che però l'A. non ritiene affatto probativa; da parte sua ha esaminato accuratamente, anche istologicamente, un neonato prematuro (morto poche ore dopo la nascita) di donna linfogranulomatosa venuta a morte poco dopo il parto, senza poter trovare in esso alcun segno della malattia materna. Anche la placenta non presentava alcun segno di linfogranulomatosi. P.

VARIA

La scelta della professione medica

In una conferenza tenuta a giovani desiderosi di iscriversi ai corsi di medicina universitari, E. Perukopf (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 18 settembre 1942), che è il decano della Facoltà medica di Vienna, ha prospettato le difficoltà di studio cui essi vanno incontro e i compiti che li attendono, una volta conseguita la laurea.

La severità degli studi medici richiede una completa efficienza fisica, che del resto non è meno necessaria per l'esercizio professionale molte volte gravoso per le condizioni di ambiente in cui deve essere svolto. Il medico inoltre deve possedere una notevole forza spirituale e rapidità di decisione nelle varie contingenze cui può trovarsi di fronte. Ma quello che più conta è che la professsione del medico deve essere abbracciata con amore e per tendenza naturale.

Dopo aver illustrato il programma di studio della Facoltà Medica, l'A. indica le vie che attualmente si aprono al neo-medico, vie che hanno tutte una grande importanza sociale nel clima del nostro tempo, perchè è al medico, in ogni caso, che è affidata la sanità della stirpe. F. T.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Natura giuridica dell'incarico di direttore sanitario ospedaliero.

Abbiamo altre volte esaminato la disposizione contenuta nel secondo comma dell'articolo 21 del Regolamento generale ospedaliero, approvato con R. D. 30 settembre 1938, n. 1631, secondo cui negli ospedali che hanno meno di 300 ricoverati le funzioni di direttore sanitario possono essere affidate ad uno dei primari su deliberazione dell'Amministrazione, approvata dall'autorità sanitaria provinciale.

Si è dubitato se questo incarico una volta conferito possa essere revocato. Si vorrebbe sostenere invero che l'incarico attribuito ad uno dei primarî avrebbe carattere permanente, nel senso che il primario incaricato dell'ufficio di direttore dovrebbe considerarsi definitivamente investito dell'ufficio stesso fino al momento in cui il suo rapporto con l'Amministrazione ospedaliera verrà a cessare.

A nostro avviso, la tesi ora enunciata non ha fondamento giuridico. È vero che la legge non parla di incarico, ma di affidamento di funzioni. Tuttavia sembra a noi che la citata disposizione disciplini il conferimento di un incarico, ossia disciplini l'affidamento delle funzioni di direttore non in via permanente e stabile, ma in via temporanea. Per giungere a diversa soluzione, occorrerebbe poter dimostrare che l'art. 21 abbia creato una figura anfibia di primario-direttore. Se ciò la legge avesse espressamente fatto, nulla ci sarebbe stato da ridire, anche se queste figure non siano consuete nella nostra legislazione. Ma non crediamo che la legge abbia voluto far questo. Il regolamento ha distinto nettamente gli uffici di direttore e di primario, tracciando in maniera autonoma il rispettivo stato giuridico, dall'assunzione alla cessazione del servizio. Il primario-direttore rimane sempre primario, quanto alle attribuzioni nel campo curativo e quanto allo stato giuridico. In aggiunta alle sue funzioni ordinarie, egli esplica anche quelle di direttore sanitario. Ora, il primario, che ha anche le attribuzioni di direttore, non acquista alcun diritto a conservare stabilmente il relativo ufficio. Perchè nel nostro ordinamento si possa acquistare un diritto all'ufficio (naturalmente è un diritto molto affievolito, in confronto a tutte le cause di pubblico interesse che possono attenuarlo o addirittura distruggerlo) occorre che esista una nomina, che di solito avviene in seguito a concorso, ed occorre che la legge chiaramente garantisca una certa stabilità.

Il Regolamento generale ospedaliero, all'articolo 18, prevede la stabilità per tutti i sanitari, esclusi gli aiuti e gli assistenti, dopo trascorso un biennio di prova. Parlando di sanitari, il Regolamento si riferisce ai sanitari che hanno gli uffici elencati nel regolamento stesso: soprintendente, direttore, primario, ecc. Il primario, che ha l'incarico di direttore, è stabile come primario, non come direttore. Una stabilità in entrambe le due posizioni, in quella di primario ed in quella di direttore, non è prevista e non sembra compatibile col sistema del regolamento.

Premesso che trattasi di un incarico, non crediamo che si debba giungere all'estremo opposto di considerarlo un incarico revocabile *ad nutum*. Il regolamento, come abbiamo visto, vuole che l'affidamento delle funzioni di direttore sia fotto con ponderazione. Occorre una formale deliberazione dell'Amministrazione, che deve essere approvata dall'autorità sanitaria provinciale. È da tener presente che l'approvazione importa pieno esame di merito della deliberazione sottoposta a questa forma di controllo, importa cioè un esame dal punto di vista dell'opportunità, della convenienza, dell'intrinseca rispondenza del provvedimento agli interessi dell'Amministrazione.

Un incarico conferito con queste forme e con queste garanzie non può essere revocato ad arbitrio dell'Amministrazione ospedaliera. Naturalmente, nel caso di revoca occorre sostituire un nuovo direttore al precedente. Ma in questa circostanza uno degli elementi da porre in luce nella deliberazione è la ragione per la quale l'incarico è revocato per essere conferito ad un altro.

L'autorità sanitaria provinciale non potrebbe, secondo noi, approvare il conferimento del nuovo incarico senza accertare se la revoca dell'incarico precedente sia fondata sopra giustificate ragioni.

Del resto, si deve riconoscere che anche l'interesse del servizio rafforza questa interpretazione, essendo evidente che le funzioni di direttore sanitario anche negli ospedali minori debbono essere esercitate con una certa continuità dalle stesse persone che ne sono investite.

In conclusione, è da escludere che l'abbinamento delle funzioni di direttore sia definitivo ed irrevocabile; ma è da riconoscere che l'incarico non può essere conferito e revocato ad arbitrio dell'Amministrazione. La revoca deve esser fatta con serietà e con ponderazione, per ragioni valide.

Ecco perchè noi riteniamo che il sistema di affidare l'incarico di direttore a turno ai varî primari, non sia rispondente alle norme del regolamento generale ospedaliero.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento corporativo.

La Cassa Assistenza del Sindacato dei Medici.

Tra le iniziative realizzate dal Sindacato nazionale fascista dei Medici per meglio coordinare e assicurare una congrua assistenza ai colleghi che si trovino nelle circostanze di averne bisogno, è quella della Cassa Assistenza i cui proventi derivano principalmente dalla applicazione obbligatoria di marche sindacali su alcuni tipi di certificati.

Il bilancio di questa Istituzione, che ha assunto grandi proporzioni, fa ora prevedere la possibilità di sempre più vasti sviluppi, grazie a una disponibilità di mezzi veramente ragguardevole.

È prevista infatti per il 1943 una erogazione straordinaria di sussidi a medici che si trovino in particolari condizioni disagiate e che, o per la tarda età o per altre ragioni evidenti, siano divenuti inidonei professionalmente. Tale erogazione comporterà una spesa di oltre un milione che va aggiunta a quella ordinaria del bilancio 1942. Non è inoltre da escludere che gli amministratori possano disporre anche per un intervento a favore degli orfani dei medici da ospitare in collegi e per la istituzione di speciali borse di studio.

Le cifre dei bilanci dànno la misura dell'ottimo e prospero andamento della attività della Cassa stessa, la quale è sorta e si sviluppa grazie alla inesauribile attività dei medici italiani ed è giusto pertanto sia dedicata per intero a beneficio di quei colleghi che dalla fortuna siano stati meno favoriti.

Dalla relazione che accompagna il bilancio preventivo per l'esercizio 1943 della « Cassa assistenza del Sindacato N.F. dei medici » si rilevano fatti molto confortanti, fra i quali è bene siano noti almeno alcuni per dimostrare come realmente questa « cassa » riesca altamente benefica.

Basti dire che sono stati predisposti, per il 1943, « duecento sussidi ciascuno di L. 6000 annue » pei medici che, avendo compiuti i 65 anni di età e non potendo più lavorare, siano in condizioni di bisogno, o anche lo siano se, pure non avendo compito i 65 anni, risultino inabili al lavoro professionale.

Qualora la gestione marche, estesa ora a tutte le provincie d'Italia, dia, come si prevede, un provento superiore ai tre milioni annui, si potrà aumentare il numero di tali sussidi di vecchiaia o invalidità, ed istituire altre forme di assistenza, ad esempio quella di borse di studio e di posti in convitti, a scelta delle singole famiglie, per orfani di medici.

Il bilancio preventivo della Cassa di assistenza merita la maggiore attenzione, poichè la somma di un milione e 200.000 lire stanziate « per la assistenza straordinaria a medici anziani od invalidi », rappresenta veramente una concreta provvidenza che si riversa su tutti i colleghi che finora apparivano dimenticati; ed è tanto più notevole questa provvidenza in quanto, nel bilancio preventivo, sono pure comprese « spese di assistenza ordinaria » nella somma di un milione.

Risultano pure nel bilancio preventivo L. 30.000 per « borse di studio », essendo state assegnate altre L. 65.000 nei bilanci precedenti; il tutto dimostrando come non siano stati dimenticati, nè stiano per dimenticarsi, gli aiuti ai figli, specie poi agli orfani dei medici italiani in condizioni disagiate.

Veramente provvida è dunque l'azione di questa « cassa di previdenza », gestita dal Sindacato Nazionale Fascista, che ha la fortuna di avere a capo il senat. Raffaele Bastianelli.

Per gli orfani dei sanitari italiani.

Sono note le ragioni per le quali l'« Opera Nazionale di Perugia » scarseggia di mezzi e non ha la possibilità di accogliere tutte le domande che le pervengono da parte di orfani anche estremamente bisognosi.

Finchè la legge 7 luglio 1939 non sarà completata così da estendere anche ai medici liberi professionisti l'obbligo dei contributi annui non si potrà sperare il raggiungimento della « assistenza totalitaria » dei « nostri orfani ».

Già è stato ricordato l'interessamento vivissimo del sen. Bastianelli, dell'ecc. Petragnani, del ten. generale Ingravalle, oltre quello, ben si intende, del sen. N. Pende e dell'« Associazione del Pubblico Impiego » (prof. G. Barbera).

È bene rilevare (essendo tuttora fatta da qualcuno confusione) che gli « Orfani dei medici in guerra », con apposito Comitato di assistenza (Roma) costituiscono un gruppo distinto dagli Orfani in generale dei medici italiani, di cui l'O.N. di assistenza ha sede a Perugia.

Il Sindacato N.F. dei medici aiuta molto tanto l'una come l'altra categoria di « nostri orfani »; ma occorre che « tutti i medici » e non soltanto quelli del Pubblico impiego, contribuiscano; è giusto ed è necessario.

La Croce Rossa Italiana assume medici civili.

Per sopperire al crescente numero dei servizi richiesti alla Croce Rossa Italiana, l'Eccellenza il Presidente Generale ha stabilito che, attraverso i competenti Sindacati Medici, si predisponga al più presto in ogni Centro un elenco di medici civili che siano disposti a prestar servizio nelle Unità della C.R.I. dipendenti dai Centri stessi. Le condizioni di assunzione sono le seguenti:

1) Il compenso è di duemila lire, mensili nette.

2) La scelta dei nominativi e il conseguente impiego dei medici ausiliari civili è riservata al Comitato Centrale, su designazione dei Comitati Centri di Mobilitazione.

3) Oltre alla lettera di impegno che ciascun medico deve rilasciare, come da modello a disposizione presso il Sindacato, è necessario che gli interessati presentino: un certificato rilasciato dal Sindacato Medici attestante l'esercizio professionale e la specialità esercitata; il certificato di inscrizione al Partito Nazionale Fascista; un certificato di idoneità fisica rilasciato da un Ufficiale Medico della Croce Rossa; una dichiarazione di appartenenza alla razza ariana; il certificato di nascita.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Assistenza ai tracomatosi. Terapia sulfamidica.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) ha diramato ai Prefetti e alle Autorità la seguente circolare, in data 14 dicembre 1942-XXI:

In vista dello sfollamento che si va effettuando dai centri urbani maggiormente colpiti dalle incursioni aeree nemiche, si ritiene opportuno raccomandare che gli E.P.A. si mantengano a stretto contatto con gli uffici preposti allo sfollamento medesimo, onde accertare se fra gli sfollati vi siano persone affette da tracoma, in cura presso i vari dispensari antitracomatosi, provvedendo a segnalarli, in tal caso, agli E.P.A. delle Provincie di affluenza o, qualora tali enti non siano istituiti, agli ufficiali sanitari dei Comuni di provvisoria residenza degli sfollati.

Perchè, poi, non vada interrotta la cura già intrapresa nei riguardi dei detti infermi, si rende opportuno che le segnalazioni di cui sopra siano accompagnate dalle copie delle schede individuali, debitamente aggiornate e da ogni altra notizia utile al proseguimento della cura, specie di quella sulfamidica.

Particolare cura devesi porre nella segnalazione degli alunni tracomatosi sfollati, prendendo gli accordi del caso con i locali organi della G.I.L., che ha assunto incarico dello sfollamento dei ragazzi dai 6 ai 14 anni.

Il Ministero desidera avere notizia del numero dei tracomatosi sfollati e delle località cui sono stati avviati, per poter disporre l'opportuna assistenza dei medesimi, anche con l'invio di medicinali e ricostituenti.

Nell'imminenza, poi, del periodo di vacanze invernali, il Ministero, con richiamo alle disposizioni impartite con la nota del 2 luglio u. s. N. 20300/20182, rammenta che deve essere assicurata, durante tale periodo, l'assistenza sanitaria anche agli alunni tracomatosi non soggetti a sfollamento.

L'affluenza di tali infermi ai dispensari potrà essere ottenuta, come si è detto, mercè periodiche adunate disposte dai locali organi della G.I.L., coi quali l'E.P.A. — ove non l'abbia già fatto — dovrà prendere immediati accordi.

Il Ministero intende predisporre tempestivamente una nuova distribuzione gratuita di sulfamidici occorrenti nel venturo anno ai dispensari pubblici e ambulatori scolastici degli E.P.A.

Onde adeguare i quantitativi alle effettive esigenze dei singoli dispensari, si allega alla presente un prospetto, nel quale il medico provinciale deve indicare le quantità di medicinali occorrenti ai servizi antitracomatosi di cotesta Provincia, tenuto conto dell'effettivo consumo già fattone nel corrente anno, delle eventuali scorte giacenti presso la Prefettura o i singoli dispensari, del numero dei tracomatosi che frequentano i dispensari pubblici e del numero degli alunni tracomatosi che risultano dall'ultimo censimento scolastico, detratto, naturalmente, il numero di quelli sfollati o in corso di sfollamento.

Per il calcolo dei quantitativi necessari occorrerà tener presenti le istruzioni impartite con la circolare del 2 marzo u. s. N. 20300/13058 sulla terapia sulfamidica del tracoma; a tal riguardo il Medico Provinciale sentirà il parere dell'ispettore oculista e dei dirigenti dei principali dispensari, promuovendo ove occorra, una apposita riunione presso la Prefettura.

Poichè, poi, l'efficacia curativa dei vari tipi di sulfamidici — da notizie in possesso del Ministero — sembra pressochè identica, occorrerà dare, nella richiesta, la preferenza a quelli meno costosi rispetto a quelli di prezzo più elevato, come i piridinici.

L'unito prospetto (allegato I) debitamente riempito e firmato dal Medico Provinciale e munito del visto di V. E., dovrà essere subito restituito a questo Ministero, comunque non oltre il 15 gennaio p. v.

Allo scopo, infine, di poter annotare per ogni infermo i quantitativi giornalieri di sulfamidici somministrati e rendere possibile, nel contempo, di seguire l'andamento delle varie forme di terapia (di attacco-prolungata di bonifica) e controllare l'efficacia, si prescrive che presso ogni dispensario — pubblico e scolastico — sia impiantato un registro conforme all'unito modello (allegato II).

Sembra superfluo raccomandare che, per rispondere allo scopo, il registro deve essere tenuto *costantemente aggiornato*, richiamando al riguardo la particolare vigilanza del Medico Provinciale e dell'ispettore oculista.

Si attende una cortese sollecita risposta.

Pel Ministro: G. Petragnani.

(Alla circolare sono allegati un prospetto e un modello).

CONCORSI.

Posti vacanti.

Catanzaro. *Amministr. Provinc.* — Vice direttore dell'Ospedale psichiatrico provinciale in Girifalco; stip. iniziale L. 13.754,85 aumentabile a L. 20.632,50 in cinque successivi quadrienni, aggiunta di famiglia, alloggio personale, vitto di prima classe. Scad. ore 12 del 15 gennaio. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria.

Concorsi a premi.

Premio « Vittorio Serra ».

È bandito un concorso al premio « Vittorio Serra », dell'importo di L. 1100, presso la R. Università di Roma, da conferirsi ad uno studente iscritto nell'Università il quale abbia superato l'esame di patologia spec. medica. Scadenza 12 gennaio.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Ricompense al valor militare.

concesse ad ufficiali del Servizio sanitario dell'esercito.

Croce di guerra: maggiore med. Marino Pecorella; capitani med. Lucio Guglielmini, Domenico Calatabino, Giovanni Mangione, centurione med. Filippo Finaguerra.

Al dott. Salvatore Adorno, primo e ancora attuale Podestà di Floridia, è stata conferita con sovrano *motu proprio* la commenda della Corona d'Italia e, inoltre, con decreto della Maestà del Re Imperatore il diploma di benemerenza per la Scuola, con medaglia d'argento, del Ministero dell'Educazione Nazionale. Rallegramenti.

NOTIZIE DIVERSE

Società italiana di nipiologia

Il 21 ottobre 1942-XX i membri della Società italiana di nipiologia delle provincie della Campania, per cortese autorizzazione del Commissario prefettizio, si riunirono nel R. Stabilimento dell'Annunziata di Napoli, sotto la presidenza del prof. Cacace, allo scopo di istituire la Sezione campana della suddetta Società, in base all'art. 24 del nuovo Statuto approvato con R. Decreto 11 maggio 1942-XX, n. 607.

Dopo un breve discorso del presidente, fu così costituito il Consiglio direttivo della Sezione campana: presidente prof. Vaglio, vice-presidente proff. Cima e Mercurio, consiglieri proff. Calendoli e Canino, segretario dott. Rolando, economo-cassiere cav. uff. Bianco.

Seguì la prima riunione scientifica, nella quale furono svolte le seguenti comunicazioni: 1) prof. Cacace, « Nipiopedologia, nipiologia e pedologia »; 1) prof. Calendoli, « Il problema vitaminico nella dieta del lattante »; 3) prof. Canino, « Mongolismo e stato di guerra; 4) prof. A. della Cioppa, « L'insegnamento della nipiologia nella prossima riforma universitaria»; 5) prof. A. della Cioppa, «Il sordomutismo nell'età nipiologica dal punto di vista medico-sociale e pedagogico »; 6) prof. Galloro, « Influenza del lavoro a domicilio sulla natalità e sulla mortalità nipiologica dei figli delle operaie addette »; 7) prof. Mercurio, « L'importanza del poppamento nell'evoluzione fisio-psichica del lattante »; dott. T. Morisani, « Assistenza nipiologica nella Casa della Madre e del Bambino di Avellino ».

Fu approvato all'unanimità un ordine del giorno, presentato dal prof. Cacace; con esso si fece voto che nella prossima riforma universitaria sia istituito l'insegnamento nipiologico, trasformando l'Istituto di Clinica pediatrica in Istituto di nipiologia, pediatria e puericultura.

Congressi e convegni.

I medici alienisti e neurologi di Francia e dei paesi di lingua francese hanno tenuto il 43° congresso il 29 e il 30 ottobre a Montepellier; vi hanno partecipato circa 150 medici della zona occupata, della zona non occuata, della zona interdetta, delle colonie e della Svizzera. Vennero discussi i temi: « Le anoressie mentali »; « I problemi neurologici e psichiatrici immediati e tardivi dei traumatismi cranici »; « Condizioni di dimissione degli alienati delinquenti e criminali ».

La confisca inglese del chinino in India.

Si ha da Bangkok, 21 dicembre:

Secondo informazioni qui ricevute, la scarsezza di chinino causata in India dalla perdita delle Indie Olandesi e della Malesia, ha provocato la morte di un milione di indiani. L'attuale situazione è definita, dalla stessa amministrazione inglese, come la più grave da un secolo a questa parte. Si apprende che le autorità inglesi di Nuova Delhi hanno confiscato tutto il chinino disponibile ad esclusivo vantaggio della loro truppa e dei loro funzionari. Ne è seguito che il chinino si trova ora solamente sul mercato nero a prezzi addirittura proibitivi. Questi circoli nazionalisti indiani dichiarano che almeno 20 mila patrioti indiani incarcerati dagli inglesi non sopravviveranno alla attuale epidemia di malaria.

Agar italiano.

Il Duce ha ricevuto, presentatigli dal Commissario generale per la pesca, i realizzatori dell'agar italiano ricavato, per iniziativa del Commissario stesso, dalle nostre alghe marine e lagunari.

Il prof. Antonio Pieroni, ordinario di chimica farmaceutica nella R. Università di Parma, presidente della Savoma Medicinali S. A., ha esposto al Duce il processo seguito per la preparazione di questo nuovo prodotto importato prima della guerra dal Giappone, che è indispensabile come terreno di coltura batteriologica per la preparazione dei vaccini, dei sieri ecc. ed ha particolari applicazioni nelle industrie delle conserve alimentari ed in quelle tessili. Egli ha inoltre riferito su nuove iniziative autarchiche della Società, connesse col settore della pesca.

Il Duce si è vivamente interessato a questa nuova attività realizzata dal Commissariato generale per la pesca con la collaborazione del prof. Pieroni e del dott. Graziadei, presidente e consigliere delegato della Savoma e del dottor Madura del Commissariato che ha elaborato il processo di lavorazione; egli ha espresso a tutti il suo compiacimento.

Un po' dovunque.

Il Principe di Piemonte ha visitato a Torino la Regia Università colpita dalla barbara furia distruttrice dalla R.A.F.; venne accompagnato dal Rettore prof. Azzi.

La Principessa di Piemonte ha visitato i feriti e mutilati dell'Esercito, della Marina e dell'Aeronautica ricoverati nei reparti militari della R. Clinica ortopedica di Roma e i feriti ricoverati nell'Istituto « Carlo Forlanini ».

La Principessa di Piemonte ha visitato, a Milano, la Scuola Rinnovata fondata da Giuseppina Pizzigoni; era accompagnata dal prof. Eugenio Medea. Ha promesso al prof. Medea, come presidente della Società Pro Infanzia Anormale, di visitare la Scuola De Sanctis per anormali psichici e la Scuola Tarra per duri d'udito e anormali della parola.

In tutta Italia si è celebrata la Giornata della Madre e del Fanciullo. In Roma la mostra della culla ai Mercati traianei è stata inaugurata alla presenza del Segretario del Partito. La celebrazione è stata presenziata a Firenze dalla Duchessa d'Aosta; a Torino dalla Duchessa di Genova.

A tutti i feriti di guerra ricoverati negli Ospedali si sono offerti doni per le feste natalizie e di capo d'anno.

Il Governatore di Roma, accompagnato dalla Principessa Borghese, dai vice-Governatori e dai Consultori, ha visitato i feriti di guerra nei vari ospedali della città, recando loro gli auguri della cittadinanza e strenne.

La Confederazione dei Professionisti e degli Artisti va svolgendo un'azione diretta a disciplinare con equità l'assegnazione degli incarichi professionali da parte di organi e di enti, nell'attesa che venga generalmente adottato un sistema di

distribuzione per mezzo dei Sindacati provinciali di categoria.

Un corso di medicina sportiva sarà tenuto dal 18 al 24 gennaio a Montana-Grans; rivolgersi al « Service médico-sportif cantonal », boulevard James-Fezyl 8, Genève, Svizzera.

La riunione del Gruppo Radiologi Centro-Meridionale Insulare che doveva aver luogo in Roma il 10 gennaio 1943-XXI per le speciali condizioni del momento viene rinviata di qualche tempo.

Il Vicefiduciario nazionale dell'Associazione del pubblico impiego, sezione sanitaria, ha visitato l'Ospedale Maggiore di Milano, recando ai medici il saluto del Partito e dell'Associazione del pubblico impiego. Quindi si è intrattenuto con essi sui problemi di ordine tecnico ed organizzativo.

Un convegno di medici ospedalieri si è tenuto a Roma, presso l'Associazione nazionale fascista del pubblico impiego. Si è approvato un voto di stretta collaborazione degli ospedali con le cliniche, al fine di raggiungere un utile impiego degli ospedalieri per la formazione pratica del medico.

La Società medico-chirurgica di Modena e la Sezione modenese della Società di biologia sperimentale si sono adunate il 12 novembre, sotto la presidenza del prof. Aggazzotti; sono state fatte comunicazioni da M. Lenzi, L. Remaggi, P. Zamboni con G. Mortara, I. Vandella, P. Domenichini (tre comunicazioni).

Il prof. G. B. Bietti, dell'Università di Sassari, ha parlato all'Istituto italiano di vitaminologia « Giovanni Lorenzini » sugli « Aspetti oftalmologici delle vitamine ».

Il prof. Cacace ed il prof. A. della Cioppa, presidente e consigliere della Società italiana di nipiologia, nella XLI Riunione della Società italiana per il progresso delle Scienze, tenutasi in Roma nei giorni 2 settembre-1° ottobre 1942-XX, svolsero, rispettivamente, le seguenti due comunicazioni: 1) « Rapporti fra nipiologia e politica in Italia »; 2) « La nipiologia come specialità medico-chirurgica ».

Con R. Decreto-legge 12 ottobre 1942, pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale » n. 259 del 2 novembre 1942, viene istituito il monopolio di produzione e vendita dello zucchero saccarinato.

Al vecchio Ospedale Maggiore di Milano, in occasione d'una accurata revisione dei locali, sono stati ritrovati sette grandi e pregevoli quadri, tra cui una riproduzione di Tiziano e una del Perugino; il commissario prefettizio degli istituti ospedalieri di Milano, avv. Sileno Fabbri, ha disposto per un diligente restauro delle sette tele, che poi verranno messe al sicuro, come già le migliori opere della Galleria.

Si sono compiuti cinquanta anni dalla morte di Fulvio Cazzaniga, fervente patriota. Nato nel 1816, si laureò in medicina a Pavia; fu assistente nell'Ospedale Maggiore di Milano, ma perdette il posto dopo essere stato imprigionato per avere preso parte al movimento rivouzionario; fu a lungo medico condotto di Vighizzolo. Abbandonò poi la professione medica per darsi a studi sociali. Nel 1847, ancora giovanissimo, aveva pubblicato « Della sapienza medica », in due grossi volumi a impostazione storica.

Una « Società tedesca per ricerche sulla costituzione » venne fondata a Berlino il 25 novembre, con l'intervento di molti studiosi, di rappresentanti del Partito nazionalsocialista, dello Stato e delle Forze Armate. Compito dell'ente è di raccogliere le ricerche sulle reazioni umane all'ambiente, alle malattie e alle condizioni generali di vita. L'ufficio di presidenza è formato dai proff. Klare (Bielefeld) presidente, Kretchmer (Marburgo) e Siebeck (Heidelberg). Per informazioni rivolgersi al prof. dr. Klare, Haus Edda, Goethestrasse 3, Bielefeld.

L'Associazione dei lavoratori del legno della Germania settentrionale sta organizzando l'insegnamento dei mezzi di prevenzione degli infortuni. L'insegnamento viene impartito a gruppi di 15 uomini, in corsi della durata di 4 giorni, da 12 maestri.

Si è costituita a Monaco, il 23 novembre, una « Opera di laureate tedesche », la quale ha lo scopo di organizzare centri di studentesse, scuole per l'educazione delle donne ai compiti sociali direttivi e di promuovere gli studi.

Il prof. Gustav Giemsa, a lungo direttore della Sezione chimica dell'Istituto tropicale di Amburgo, ha compiuto 70 anni; è autore della nota colorazione che ne porta il nome.

A Mannheim venne fondata nel 1930, una Stazione di esame e di cure dei cancerosi; durante il primo anno vi furono assistiti 38 pazienti; nel 1940 questi furono 367 (Monatsch. f. Kretsforsch., 1942, p. 11).

« La Stomatologia Italiana » riferisce da « Nachtsausgabe » di un medico tedesco che, in Africa settentrionale, valendosi di un'auto inglese sottratta al nemico, potè sorprendere e far catturare un gruppo di militari inglesi che faceva il bagno, tra i quali erano un generale e 25 ufficiali; un'altra volta egli potè spingersi fino agli avamposti nemici indisturbato.

In Germania un medico primario è stato processato perchè nell'ospedale ha avuto rapporti sessuali con una giovane ricoverata: egli era andato a trovarla piu volte in camera, quantunque ciò non fosse di sua spettanza. La legge commina, in tali casi, fino a 5 anni di carcere, anche se v'è il consenso della paziente e perfino se questa ha provocato i rapporti; ciò per la difesa morale degli ospedali. Se sussistono circostanze attenuanti, la pena può essere ridotta a non meno di 6 mesi di prigione. Un processo di revisione ha confermato la condanna. La sentenza può essere discussa, in quanto già il medico e la paziente avevano avuto relazioni intime, come pure per altre circostanze. Cfr. « *Med. Klinik* », 9 ottobre e 6 nov. 1942.

Il Consiglio municipale di La Rochelle, aderendo alla proposta del locale Consiglio dell'ordine dei medici, ha deliberato di aumentare gli onorari medici per le visite nei giorni festivi (da 40 a 50 franchi) e per quelle notturne da 60 a 75 franchi).

Un oftalmologo francese, prigioniero di guerra, gravemente malato, non potendo essere rilasciato se non venendo sostituito da un altro oftalmologo, si è rivolto al Consiglio superiore dell'ordine nazionale dei medici di Francia, Servizio dei prigionieri di guerra, perchè faccia appello allo spirito di devozione e di abnegazione di qualche collega disposto a sostituirlo.

Il Tribunale di Parigi ha condannato il farmacista Jacques Midy a sei mesi di carcere condizionale e 2000 franchi d'ammenda per avere fornito degli stupefacenti a due donne, trovate gravemente intossicate in un albergo e una delle quali venuta a morte; ha pure condannato due intermediarie a due mesi di carcere condizionale e 500 franchi d'ammenda ciascuna.

Il dott. R. Wohlrab, direttore della Sezione per il tifo petecchiale nell'Istituto statale d'igiene a Varsavia, per invito del direttore generale della sanità spagnola tenne alla « Real Academia Nacional de Medicina » di Madrid una conferenza sulla lotta contro il tifo petecchiale. E' stato nominato membro corrispondente dell'Accademia.

A Bucarest si è tenuta, il 1° dicembre, un'adunanza sulla medicina di guerra; vi intervennero i partecipanti al corso internazionale dell'Accademia viennese per il perfezionamento medico.

Il prof. Emil v. Dungern ha compiuto il 75° anno; egli è noto per i suoi lavori nel campo dell'immunologia, dell'oncologia e dei gruppi sanguigni.

I giornali hanno dato notizia dello spaventoso incendio, avvenuto il 14 dicembre, del grande albergo « Right of Columbus » a S. Giovanni di Terranova (Canadà), albergo utilizzato come ospedale militare; l'incendio è divampato durante una festa danzante a beneficio dei feriti di guerra alla quale erano intervenute oltre settecento persone; si deplorano più di un centinaio di morti orrendamente carbonizzati e più di un centinaio di feriti, molti dei quali gravissimi.

All'Ospedale Policlinico di Milano è stata scassata la porta dell'ufficio d'amministrazione, ove si è manomesso un armadio che custodiva delle carte annonarie di degenti; sono state sottratte dieci di tali carte.

Si sono compiuti 25 anni dalla scoperta della germanina, che ha salvato centinaia di milioni di uomini dalla malattia del sonno ed ha avviato alla scoperta di altri farmaci sintetici molto efficaci: plasmochina, atebrin, yatren, fuadina ecc., tutti dovuti alla scienza medica germanica.

Un nuovo centro sanitario di ortogenesi è stato organizzato a Sussa nel Carnaro, con l'alta consulenza del sen. prof. Pende e la direzione del dott. Antonio Nardi.

Nella Francia occupata una legge limita l'uso dell'insulina al coma ed agli stati precomatosi dei diabetici.

Per un infortunio ferroviario è deceduto il prof. AUGUSTO ORO, libero docente di dermosifilopatia nell'Università di Napoli.

In servizio della Patria è perito tragicamente il prof. GIUSEPPE PENNETTI, capitano medico di complemento, aiuto nella R. Clinica medica di Napoli, valente studioso.

Sul fronte russo il 28 agosto u. s. cadeva, per ferite riportate in combattimento, il sottotenente medico lott. FRANCO CAO, nato nel 1915, laureatosi a Roma nel 1940, offertosi volontario. Era figlio del prof. Giuseppe di Cagliari, che per un ventennio insegnò nell'Università di Bologna.

Sono deceduti di malattia contratta nell'esercizio della professione i dottori: GABRIELE GANASCIA di Temlecen e JACQUES PINES di Rabat (Marocco); il primo è stato citato dal Governo di Parigi all'ordine della Nazione; il secondo ha ricevuto la medaglia delle epidemie alla memoria.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME L Roma, 11 Gennaio 1943-XXI Num. 2.

"IL POLICLINICO,,

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER L'ANNO 1943

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 100	L. 145	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . . .	L. 155	L. 210
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . . .	L. 70	L. 80	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 155	L. 210
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile) .	L. 70	L. 80	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chir.) .	L. 200	L. 275

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 7; della PRATICA L. 5.

I numeri, che vengono tutti scrupolosamente spediti, se non reclamati entro un mese dalla loro pubblicazione, si inviano soltanto a pagamento.

L'importo dell'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato, *senza tassa* nel Conto corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. 5.

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE MILITARE DEL CELIO - ROMA
diretto dal Col. med. dott. PASQUALINO SANTOLI

Il comportamento delle complicanze nelle malattie polmonari acute di fronte alla terapia solfoamidica.

per il Ten. Col. medico FLAMINIO RICCI
Capo reparto medicina.

Avendo seguito nel reparto da me diretto numerosi casi di infezioni polmonari acute (polmoniti e broncopolmoniti) e avendo contemporaneamente osservato che, nonostante il trattamento tempestivo con i preparati sulfoamidici, si manifestavano con una frequenza degna di rilievo le comuni complicazioni (pleuriti secche, siero fibrinose, empiemi, risoluzioni ritardate), mi sono proposto di seguire un certo numero di casi per rendermi conto con quale frequenza le complicazioni suddette si manifestavano e possibilmente di trovare la ragione di questo fatto che a tutta prima vista potrebbe sembrare sconcertante e addirittura paradossale. L'èra nuova iniziatasi con la terapia sulfoamidica nelle malattie polmonari acute sembrava difatti dovesse annullare ogni ansia o almeno ridurre al minimo ogni timore, mentre l'opera del medico pareva dovesse limitarsi ad una diagnosi precoce e alla somministrazione massiva e tempestiva di solfoamidici. Senonchè, pur rimanendo immutato il concetto terapeutico e con esso l'entusiasmo per un trattamento che nello spazio di poche ore è capace di capovolgere tutta una situazione morbosa, seguendo da vicino un gran numero di malati ho potuto mettere in evidenza delle particolarità che mi progongo di riferire per trarre delle conclusioni le quali pur potendo dal punto di vista dottrinale essere suscettibili di critica, ci rendano più cauti nel formulare dei giudizi prognostici e soprattutto ci impongano una condotta terapeutica più oculata e meno schematica.

Mi è stato possibile portare l'attenzione su 81 casi per la maggior parte di polmoniti franche. Più ne ho seguiti, ma evidentemente

per alcuni malati, trasferiti poi in altri Ospedali, non era stato possibile rintracciare le cartelle (ed erano questi certamente quelli che avevano avute complicazioni della malattia altrimenti il trasferimento non avrebbe avuto luogo). Ho fatto quindi ricercare 84 cartelle di pazienti ammalati delle stesse forme acute e trattati in era presulfoamidica. Per non ritornarvi sopra dico subito che a parte il numero notevolmente maggiore di decessi, ho potuto constatare che le complicazioni allora come oggi si presentarono in un numero pressochè identico, tale per lo meno da essere considerato trascurabile.

Perciò rimaneva assodata la grande riconosciuta da tutti, importanza del preparato nella diminuzione della mortalità e nel decorso acuto della malattia e la quasi nessuna benefica azione sulla produzione delle complicazioni.

F. Emilio. Bpr. D. a risoluzione ritardata. E. il 23-7-1940. Anamnesi familiare e personale negative.

8 gg. prima dell'ingresso in pieno benessere insorse febbre senza brivido, l'affezione durò sei giorni, con febbri elevate tosse con escreato catarrale, cefalea. Sfebbrato, il 22 c. m. insorse di nuovo febbre, con gli stessi caratteri e gli stessi disturbi.

Obb. condizioni generali buone. Nutrizione idem. Lingua umida, patinosa. Torace normalmente costituito. Polmoni: non alterazioni plessiche. Alla ascoltazione rari rantoli a grosse e medie bolle che scompaiono sotto i colpi di tosse.

In 3ª giornata di malattia (26) accusa dolore alla base dell'emitorace destro che aumenta sotto colpi di tosse. Il giorno di poi in detta zona gruppi di rantoli crepitanti. Mentre prima si era fatta cura sintomatica s'inizia tioseptale. Temperatura 38 minima, 39,5 massima. Il giorno di poi la febbre discende a 37,9. Risale a 40° dopo due giorni. Si sospende tioseptale dopo 30 comp. Obb. fatti catarrali basali con rantoli sonori a gruppi prevalentemente inspirat. Discesa ancora della febbre: obb. ancora rantoli crepitanti. La febbre si attenua con qualche puntata sui 38°. Reperto Obb. immutato fino al 9-8 quando si ascolta solo qualche gruppo di rantoli catarrali. Radiolog. Reg. parailare D. grossa opacità con zona chiara centrale. Cupola deformata (ascesso ?). Ancora qualche puntata febbrile (38, 38,5). Il 19-8, il reperto ascoltatorio è nettamente migliorato. Nelle profonde ispirazioni si avvertono alla base destra grossi rantoli catarrali e qualche sfregamento assai fine. Da 4 gg. è completamente apiretico. Condizioni generali migliorate. Esce in convalescenza il 23-8.

F. Celestino, polmonite S. pleurite essudativa. E. il 28-1-1941. Anamnesi familiare e personale negative. Da 3 gg. febbre elevata insorta con brivido, tosse insistente, escreato rugginoso.

Obb. Condizioni generali discrete. Nutrizione e sanguificazione deficienti. Lingua umida.

Polmoni: base emitorace S. ipofonesi, con frem. V. T. rinforzato. Soffio bronchiale intenso e broncofonia. Non altro. Il 29-1 inizia il tioseptale. Il 2-2 cade la febbre che si riaccende il giorno di poi con massimi a 38°; quindi febbricole. Il 2-2 la zona di ottusità si è un po' estesa verso l'alto ove il soffio bronciale è intenso. Il 4 persistenza ipofonesi con riduzione murmure; il 5 estrazione di 20 cc. di liquido citrino limpido che coagula dopo poco; il 7 il livello dell'ottusità è a 2 dita circa sopra l'angolare della scapola. Condizioni generali buone. Miglioria lenta. Il 20-2 persiste lieve ipofonesi base S. con fr. V. T. indebolito e respiro fievole. Il reperto permane immutato fino al 24-2 quando viene dimesso.

V. A., polmonite lob. S., pleurite. Entra il 29-1-1941. Nulla nell'A. remota. Il giorno avanti ha avvertito dolori toracici diffusi, febbre e tosse. E. O. Condizioni generali di nutrizione e sanguificazione buone. Temperatura 39,8. Polso frequente, ritmico. Sensorio integro Torace bene conformato, simmetrico, poco espansibile la base polmonare S. Ipofonesi marcata reg. basale S. Numerosi rantoli crepitanti e qualche rumore di sfregamento lobo polm. inferiore S. Non altro. Il 29 inizia tioseptale. Temp. oscillante con intermittenze fino dal giorno 2-2. Quindi diminuzione delle cuspidi con massimi a 37,5. Il giorno 8 riprende la febbre che decorre con massimi di 38,5-39,1 fino al 14, quando scende ai 37° come massimi.

All'ascoltazione fin dal 30 si ascoltava soffio bronchiale intenso base D. Il 2 rantoli di ritorno. Condizioni migliorate. Il giorno 8 alla base di S. ottusità risalita: fr. V. T. e murmure indeboliti. Lieve soffio bronchiale al limite. 11, puntura esplorativa negativa. 13, puntura esplorativa: estrazione 20 cc. liquido giallo trasparente. All'Es. reticolofibrinoso. Rivalta +. Sedimento: presenza di linfociti. Condizioni generali discrete. 20-2. Il miglioramento locale prosegue. Esce in licenza dopo parecchi giorni persistendo ipofonesi, diminuzione murmure.

C. U., polmonite lobare base S., pleurite essud. Entrato il 7-3-1941. Da 3 gg. febbre molto elevata, tosse con sputi ematici, dolori toracici. Ha preso 6 compresse di tioseptate all'infermeria del Corpo. Condizioni gravi. Alla base S. ottusità, soffio bronchiale rude, broncofonia, fremito rinforzato. 7-3. Febbre 40,4. Continua tioseptale. Il g. 4 discesa temp. a 37,1 che sale poi come massimo a 38,5. Il 13-2 apiressia. Ripresa il 15-2 fino a massimi di 38°, quindi febbricole fino al 26 quando sfebbra definitivamente. L'escreato ematico persiste fino all'11. Rep. loc. invariato. Il 16 aumento della ottusità, respiro soffiante. Puntura esplorativa: 20 cc. liquido limpido citrino. Riv. ++. Sedimento: numerosi polinucleari e linfociti rare cellule endoteliali. Ripresa della febbre con massimi di 38-38,5. Il 22 miglioramento del reperto. Il 28 scomparsa dei fatti obb. Il 31 esce in convalescenza.

M. D., polmonite base D. reazione pleurica. Entra il 2-6-1941. Anamnesi familiare e personale remota negativa. Da due gg. ha febbre elevata, dolore all'emitorace D., tosse con poco espettorato ematico. Obb. Condizioni generali discrete. Ipofonesi base D. con rinforzo fr. V. T. Respiro soffiante con qualche crepitio. Broncofonia. Il resto dell'E. è negativo. Tioseptale: temperatura g. 2, 39°,9. Caduta della febbre al g. 4, quindi massimi 37°. L'8 ipofonesi più marcata alla base con fr. V. T. indebolito e respiro fievole. Puntura esplorativa 20 cc. di liquido citrino lim-

pido. Alb. 12%. Sedim. composto di modico numero di cellule di sfaldamento e da numerosi linfociti e polinucleari. Assenza di germi. Miglioramento rapido. Il 6 esce in convalescenza.

P. P., bpr D. con reazione pleurica. Entra il 19-9-1931. A 17 anni polmonite franca decorsa normalmente. A 19 anni idem. Il 16 c. m. dolore pressorio su tutto l'emitorace D. posteriormente e anteriormente. Il 19 e. in Ospedale. Obb. Condizioni generali discrete. Torace ben conformato. Alla base di D. ipofonesi. Sulla ascellare media e ant. dell'emitorace D. e alla base rantoli crepitanti. Non altro. Tioseptale. La febbre alta (39,5) all'inizio, cade dopo due giorni, il 25 ricompare qualche linea con ripresa dei dolori e tosse. Obbiettivamente comparsa di numerosi sfregamenti alla base. Esame radiol.: Deformazione cupola diaframmatica. Decorso pressochè immutato per una settimana quindi miglioramento.

T. A., polmonite lobare D., modico versamento pleurico. Anamnesi personale familiare negativa. Entra il 22-3-1941. Da 2 gg. ha febbre elevata, tosse con escreato abbondante, dolore all'emitorace destro.

Condizioni generali discrete. Torace: non alterazioni plessiche degne di nota. All'ascoltazione respiro aspro diffuso. Alla base destra si ascolta qualche rantolo sonoro. Non altro. Decorso temperatura: 37°,9 il giorno 22 , quindi discende il 23, per risalire a scaglioni: la sera del 24 40°,8-40°,1. Il 27 discesa brusca. Il 25 mattino alla regione scapolare D. si era avvertita riduzione suono con rinforzo del fr. V. T., soffio bronchiale senza rumori aggiunti. Tioseptale. Il 28,3 apiressia completa. Il 2,4 condizioni buone ma ripresa di febbre (38,2 massima). Ipofonesi marcata a D. con qualche sfregamento Puntura esplorativa il 3: 20 cc. di liquido limpido. Rivalta + ÷. Sedimento: Discreto numero di emazie, numerosi linfociti, vari polinucleari, qualche cellula endoteliale. Non germi. Miglioramento rapido. Non segni al 10 di versamento. Esce il 15-4 con licenza.

S. N., bpr. base S., risentimento pleurico. Entra il 17-1-1942. Nulla nell'anamnesi familiare e remota. Da 4 gg. ha febbre con brivido che è salita fino a 40°. Astenia. Alvo regolare. Obb.: nutrizione leggermente scadente. Ipofonesi base S. Fr. V. T. leggermente rinforzato. Respiro soffiante con gruppi di rantoli sonori in ed espirat. e sfregamenti. Azione cardiaca freq. media. Non altro. Il 17 febbre 40°. Il 18 38°,7. Il 19 37°8. Il 22 apiretico. Il 17 aveva iniziato tioseptale. Il 26 ripresa della febbre a 38°,5 che si mantiene fino al 31 con elevazioni sempre più deboli. All'E. O. numerosi sfregamenti che si mantengono per qualche giorno. Radiol. torace: lieve ombra pleurica. Esce il 4-2.

M. A., polmonite D., pleurite reattiva. Entra il 9-5-1942 Nulla all'anamnesi remota e familiare. Da 5 gg. ha febbre che è andata sempre aumentando e che comincia con brivido di freddo, con dolori alle basi del torace. Anoressia, espettorato scarso, alvo diarroico. Obbiettivamente: condizioni generali gravi. Sensorio integro. Lieve cianosi. Polso 120' R. 32. Lingua patinosa, umida. Torace ben conformato, piuttosto scarno. Fr. V.T. trasmesso rinforzato all'apice D. ivi ottusità e respiro soffiante. Non rantoli. Milza palpabile 2 dita. Non altro. 10-5 Tioseptale. 11-5 soffio bronchiale. Polso 112. R. 36. Temperatura 40°,6. 12-5. Condizioni molto gravi. Cianosi intensa. R. 60. Polso 112. Temperatura 40°,5. Obbiettivamente in alto il solito reperto più ipofonesi base D. che non si espande con ipopnea. Anteriormente a D. ipofonesi nella sottoclaveare e rantoli a medie bolle con carattre di sonorità. Il 15-5 aumento della ottusità base D. Il 16 caduta febbre. R. 40. Polso 116. Il 17 scomparsa del soffio bronchiale in alto. Persistenza ottusità in basso con ipopnea. Puntura esplorativa negativa — febbricola. Il 14-5 Urine: Urobilina +. Albumina tracce ben visibili. Cilindri granulosi. Rare emazie. Il 19 urine negative. — G.B. 16.500. É guarito il 5-6

B. E., Otite media purulenta cronica D., polmonite lobare D. Es. ritardato. Pleurite reattiva. Entrato il 13-4-1942 al R. otoiatrico ove viene riscontrata otite media purulenta cronica. Trasferito in medicina il 15 per bronchite febbrile. Condizioni buone. P. 108. Torace ben conformato. Fr. V. T. ben trasmesso. Ipofonesi in corrispondenza del medio torace D. Murmure conservato in basso, qualche rantolo a medie bolle. Null'altro. Tioseptale. Il 16 l'ottusità è aumentata. Fr. V. T. rinforzato. Soffio bronchiale. Persistenza il 18 aumenta con respiro conservato e espirazione soffio e dei rantoli. Persiste ipofonesi che il 25 aumenta con respiro conservato e espirazione soffiante. Espettorato molto diminuito muco purulento. Radiologicamente: Immagine parenchimatosa a tipo di addensamento. Ricerca fibre elastiche negativo. Urine: Albumina tracce ben visibili: Leucociti disfatti. Transpulmina, alcool endovenoso. Reperto pressochè invariato fino al 3.5 quando l'ipofonesi si fa più marcata ancora e la base non si espande. Murmure notevolmente diminuito. Estrazione di 600 cc. di liquido giallo citrino, corpuscolato. Rivalta ++. Albumina 37-%. Citodiagosi prevalenza di linfociti, rari polinucleari, rare emazie. Condizioni in seguito migliorate con persistenza dell'ottusità che al 25.5 comincia a ridursi e diminuisce in seguito fino a scomparire in data 1-6. Il 3 esce.

Fino al 18-4 aveva avuto febbre continua con massimo 40°,2 — quindi discesa e apiressia il 23 —. Quindi modiche febbricole in tutto il successivo decorso.

N. G., polmonite D. con reazione pleurica. Entra il 25-8-1941. Il giorno prima dell'ingresso è colto da febbre alta con dolore alla spalla S., scarsa tosse ed espettorato catarrale. Condizioni discrete. Obb.: Ipofonesi base D. Rantoli catarrali. Temperatura massima 40°2. Il 28 netto soffio bronchiale: tioseptale. Caduta della febbre il 30 a sera — quindi modiche elevazioni — scomparsa del soffio e riduzione dell'ipofonesi. Dopo 2 gg. l'ipofonesi è più accentuata con sfregamenti abbondanti all'ascoltazione. Radiologicamente: ombra a tipo pleuritico basale S. Miglioramento rapido. Esce guarito il 13-9.

B.F., polmonite lobare D, pleurite essudativa. Entra il 26-12-1940. Dal 22 c. febbre elevata, dolore puntorio base emitorace D. — tosse insistente con scarso espettorato ematico. Obb.: Ottusità dall'apice della scapola in basso. Soffio bronchiale. T. 40°. Tioseptale. 30-12. Soffio bronchiale nettamente diminuito, numerosi rantoli a medie e piccole bolle basali, bilaterali. Condizioni sempre migliori in seguito e caduta febbre. Il 7-1 ricompare a D. lieve riduzione di suono con Fr. V. T. indebolito e affievolimento del murmure Puntura esplorativa cc. 20 di liquido citrino limpido.

Rivalta ++. Linfociti polinucleari. Emazie. Decorso normale fino al 15-1 in cui il reperto obbiettivo è completamente negativo. E. il 18-1. Temperat. modiche.

Della M. L., polmonite base D., pleurite essudativa. Entra il 6-2-1941. Dal 1 corr. mese febbre elevata, dolore all'emitorace D., tosse Torace: Dalla ½ della scapola in basso zona di ottusità con rinforzo del Fr. V. T. Soffio bronchiale, broncofonia. Tioseptale. Il 10 soffio bronchiale meno intenso, rantoli catarrali a medie e piccole bolle. Il 14 aumentata ottusità con diminuzione murmure. Puntura esplorativa: 20 cc. liquido citrino limpido. Livello obbiettivamente in aumento, quindi dal 20 scesa del livello, persistenza di apnea basale. La febbre decorse alta (39° 5) con oscillazioni ampie. Il 12 caduta — quindi ripresa il 14, fino al 21 quando si ha apiressia. Esce il 3-3.

G. A., polmonite lobare S., pleurite essudativa. Entra l'8-2-1941. Il 7 dolore puntorio, febbre alta. All'ingresso in ospedale si riscontra reperto di polmonite franca S. Tioseptale. Il 12 forte riduzione suono; il 15 puntura esplorativa: 20 cc. liquido citrino. Il decorso febbrile dette temperature alte (40°, 29°,5) fino all'11 quando si ebbe caduta. Ripresa con febbricola fino al 22, quindi apiressia. Esce il 13.

H. A., polmonite crupale, empiema metapneumonico. Entra l'8-5-1942. Proviene dal Corpo. Nulla nella anamnesi. A prossima; verso il giorno 8 maggio l'ammalato riferisce di esser stato colto da forti rialzi termici con tosse stizzosa e secca, cefalea intensa. Inviato in Ospedale, si riscontrano condizioni generali depresse, decubito supino, cianosi, dispnea. Polso 140 R. 48, febbre 40°,5. Al torace segni di polmonite franca della base D. Diaria: Inizio cura tioseptale. Iniezioni eccitanti. Digitale ecc. La febbre rimane sempre piuttosto alta non raggiungendo più i 40°. Delirio, lingua secca. Dopo 5 giorni miglioramento dello stato generale e della temperatura (37°,4-37°,6). Localmente permane l'ottusità, scompare il soffio bronchiale. Il 19-5 le condizioni generali si riaggravano. Aumento della zona d'ottusità con scomparsa del frem. V. T .e apnea. Nei giorni successivi le condizioni si mantengono sempre pittosto gravi. Praticata una puntura esplorativa si estraggono circa 20 cc. di pus cremoso. Viene trasferito in R. Chirurgia per l'intervento.

B. G., polmonite crupale, empiema metapneumonico. Entrato il 3-3-1942. Da due gg. febbre alta, tosse secca, dolore emitorace sinistro (base), sputi ematici. Entrato in Ospedale in condizioni depresse, dispnoico. Polso 120, temperatura 40°. Base sinistra: suono ridotto con F. V. T. rinforzato. Respiro bronchiale. Tioseptale, iniezioni eccitanti.

Il giorno successivo netto soffio bronchiale base S. Le condizioni generali vanno nei giorni seguenti migliorando, la febbre diminuisce, le condizioni locali sono pressochè invariate.

Il 12-3 condizioni di nuovo depresse, polso frequente, lingua secca. Ottusità basale con Fr. V. T. diminuito e apnea quasi completa. Febbre di nuovo alta, a tipo intermittente; nei giorni successivi i fatti locali si pronunciano nel senso che aumenta la zona d'ottusità. L'apnea è completa. Stato generale depresso. Polso frequente. Febbre a tipo suppurativo; il 15 una puntura esplorativa dà esito a 20 cc. di pus cremoso. Trasferito in Chirurgia.

D. A., polmonite D. ad esito ritardato. Entrato il 20-4-1942. Da un giorno ha febbre alta con acuto dolore al fianco destro, manifestatosi improvvisamente. Febbre 39°. Condizioni generali gravi. Nutrizione buona. Sensorio integro. Decubito semiseduto. Polso 120 ritmico, pieno. Lingua patinosa, asciutta. Respiro 48. Torace: Ipofonesi timpanica in corrispondenza del medio torace D. con aumento del Fr. V. T. e soffio bronchiale, broncofonia e scarsi rantoli crepitanti. Cuore nei limiti. Toni netti. Null'altro da rilevare.

Esame urine: Albumina tracce ben visibili. Numerosi leucociti disfatti. Tioseptale.

Il giorno 22 dispnea, cianosi, condizioni depresse. Salasso di grammi 300.

Il giorno 23 ottusità completa base destra. Murmure abolito. Soffio bronchiale nel medio torace.

Il giorno 25 condizioni sempre gravi. Polso 96. Reperto obbiettivo pressochè immutato. Rantoli a medie bolle. Il giorno 30 a destra persiste alla base e nel medio torace, ottusità timpanica. Ipofonesi in alto. Apnea in basso e sul resto dell'ambito murmure ridotto. La febbre scesa a 38° il 27, risale a 38°,9 il 30 e con oscillazioni e con discese sotto il 37 permane con detti caratteri fino all'11 del mese di maggio quando scende a massimi di 37°,8-37°,7 fino al 22 quando si ha apiressia che permane fino all'uscita (13,6).

Intanto le condizioni locali permangono pressochè immutate fino al 4-5 quando alla base destra si avvertono numerosi sfregamenti. Il 5 viene praticato esame dell'espettorato: bacillo Koch —. Il 7 una radiografia del torace dà un opacamento denso dell'emitorace destro. Persiste ottusità con apnea in basso, più in alto rantoli a medie bolle.

Detto reperto persiste nei giorni successivi. Solo i rantoli sono in aumento. Pressochè invariato è il reperto fino al giorno 2-5 quando comincia a notarsi diminuzione dei rantoli. Il 30-5 persiste ancora ottusità in basso con scarsi rantoli e ronchi. Solo il 3-6 l'ottusità è diminuita. Scarsi rantoli con murmure conservato. Il 10 la base è ancora immobile con murmure leggermente diminuito e con tale reperto in buone condizioni generali e di nutrizione il giorno 13-6 esce dall'Ospedale.

Perciò su 84 malati si sono avute 16 complicazioni con una fisonomia clinica netta (ho naturalmente trascurato di elencare quei lievi fatti pleurici che clinicamente non hanno importanza). Nella maggioranza si trattò di forme pleuriche essudative, di forme secche in minor quantità, di due risoluzioni ritardate e di due empiemi.

Da quanto sopra si possono dedurre le conclusioni seguenti:

Escluso in modo quasi unanime ogni azione indiretta dei sulfoamidici per il tramite delle forze difensive dell'organismo, escluse le altre azioni da vari autori lumeggiate (azione anticapsulogenetica, azione antitossica, azione antiendotossica), quella che bisogna prendere in considerazione è l'azione batteriostatica dirett-

ta. Non sappiamo ancora come effettivamente si esplichi questa azione d'arresto sulla moltiplicazione batterica (ricerche recenti di Wood, Wiedling, Ivanovics, pare abbiano dimostrato che l'azione dei solfoamidici si riduca all'inibizione sulla formazione dell'acido aminobenzoico o fattore H, indispensabile ai batteri per il loro metabolismo e la loro attività), ma è certo che per interpretare quanto nei nostri casi siamo venuti esponendo, l'azione di immobilizzazione dei germi è quella che più spiega il manifestarsi di complicazioni prodotte sempre dal germe responsabile della primitiva infezione. Spetta in ultima analisi ai poteri difensivi dell'organismo il trionfo definitivo sull'agente morboso, attenuato o immobilizzato dal solfamidico e con la terapia solfoamidica massiva questo si verifica in un'altissima percentuale di casi in affezioni morbose acute quali le polmoniti e le broncopolmoniti.

Spesso però la somministrazione del solfoamidico viene rapidamente ridotta nelle dosi quando non viene sospesa del tutto già subito dopo la caduta della febbre ed il miglioramento del quadro clinico; spesso per intolleranza da parte del malato (vomito) la terapia fu insufficiente fino dall'inizio. A volte nell'un caso e nell'altro il paziente che sembrava dovesse rapidamente avviarsi verso la guarigione definitiva presenta delle manifestazioni cliniche che ci avvertono come il germe viene attenuato nella sua virulenza ma non debellato. È allora che insorgono le complicazioni. Ma quando la terapia fu fatta non solo tempestivamente ma in modo completo come nei nostri casi ci viene fatto di domandarci di fronte al nuovo quadro morboso: è il germe che ha ripreso la sua vitalità e ha riacquistata la sua virulenza o è l'organismo che messo alla prova in un primo poderoso sforzo ha perduto la capacità di mettere in opera i mezzi difensivi atti alla vittoria definitiva? E perchè mai se una infezione manifestatasi in tutta la sua gravità potè essere domata nello spazio di poche ore o qualche giorno, le complicanze e le successioni morbose risentono così poco quella stessa terapia che inizialmente aveva dato risultati tanto brillanti? È il germe che ha acquistato un certo grado di sulfoamido resistenza, o è ancora una volta l'organismo incapace di nuove lotte? E non potrebbero nelle complicazioni di cui parliamo essere i sulfoamidiic stessi, appunto perchè somministrati a dosi massive inizialmente, imputabili di aver apportate alterazioni ematologiche e tissurali tali da inibire in un secondo tempo le difese organiche?

Io credo che tutte queste possibilità debbano esser prese in considerazione per giustificare la frequenza non ridotta delle complicanze nel decorso delle malattie polmonari anche dopo la istituzione della terapia solfoamidica — ed è sopratutto valutando al giusto punto l'azione diretta dei sulfoamidici senza perdere di vista tutto il valore delle difese organiche che possiamo trarre da quanto abbiamo esposto delle conclusioni terapeutiche pratiche. E cioè che ad ovviare che la vitalità dei germi sia attenuata e non distrutta, le dosi dei sulfoamidici, variabili a seconda dei preparati, siano massive o prolungate e anche se ridotte dopo un netto miglioramento del quadro clinico, sianc protratte per più giorni a seconda dei casi — mentre affinchè le difese organiche non vengano meno, sieno queste vigilate e stimolate con opportuna terapia aspecifica o meglio ancora specifica (vaccini) che al tempo stesso sostiene e rinforza uno dei fattori indispnsabili al processo di guarigione ed evita nella maggioranza dei casi i danni a tutti noti che la terapia sulfoamidica può apportare alla crasi sanguigna (fino all'agranulocitosi) con le gravi conseguenze che è facile valutare sui meccanismi interni di difesa del complesso dell'organismo.

RIASSUNTO.

Sono stati studiati 84 casi di malattie polmonari acute trattati con preparati solfoamidici e in base alle complicazioni verificatesi si ricercano le ragioni dell'insorgenza delle complicazioni stesse e tenendo conto dell'azione dei preparati solfoamidici, la terapia da seguire ad ovviare il lamentato incoveniente.

TECNICA MEDICA

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA GENERALE
E TERAPIA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PADOVA
Direttore: Prof. GALENO CECCARELLI.

Una valvola a tre vie applicabile a qualsiasi siringa per la facile esecuzione della trasfusione di sangue puro.

Dott. PIETRO TAGARIELLO, aiuto e docente.

Da oltre un anno adoperiamo nella nostra Clinica, per eseguire la trasfusione di sangue puro, uno speciale tipo di valvola a tre vie, da me ideata applicabile a qualsiasi siringa ad imboccatura record. Poichè essa si è rivelata attraverso molte decine di trasfusioni di una grande semplicità e facilità di uso e scevra dagli inconvenienti che portano comunemente all'inceppamento dei tipi di siringhe più usate e al consecutivo arresto della trasfusione, credo opportuno renderne note le caratteristiche ed il funzionamento.

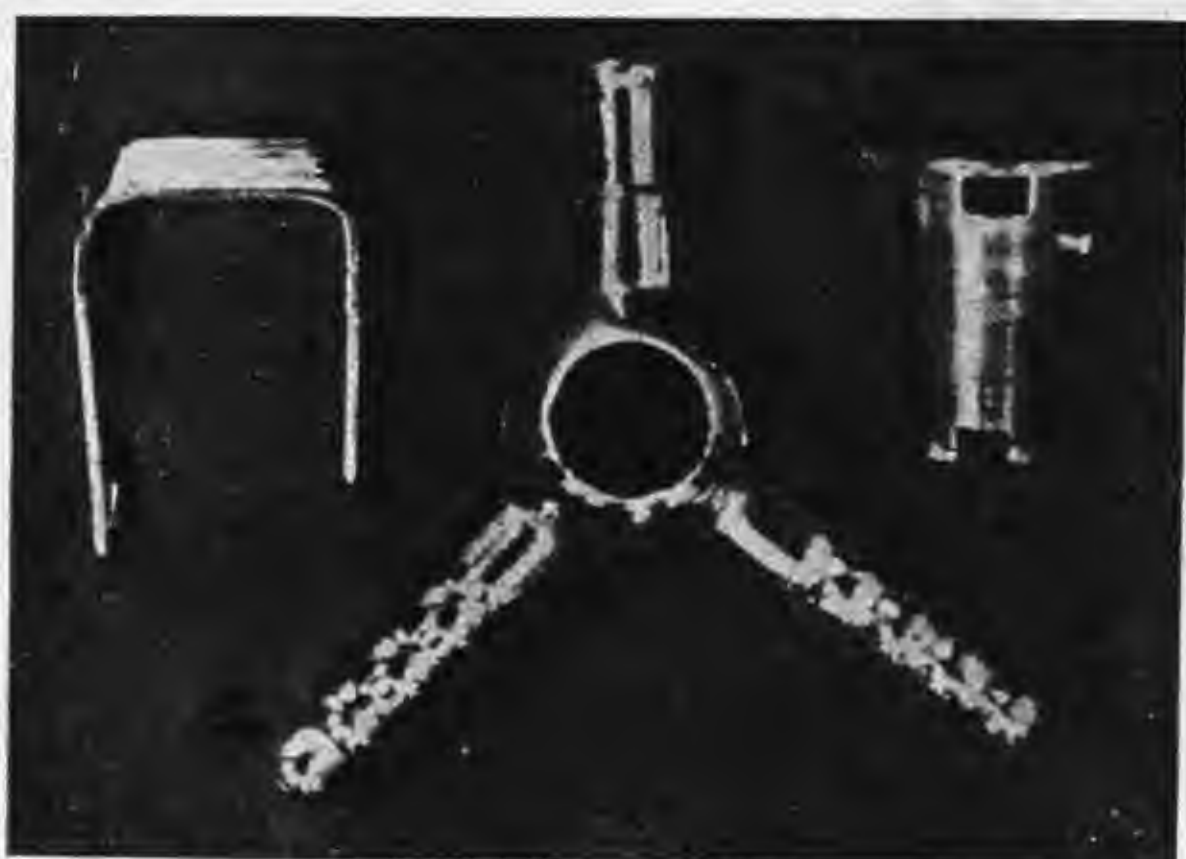



FIG. 1. — Valvola a tre vie smontata

Il dispositivo trasfusore si compone di tre pezzi (fig. 1). Un pezzo costituito da un corpo centrale a cui si innestano tre diramazioni a, b e c. A e b mediante tubi di gomma ed aghi adatti vengono messi in comunicazione una colla vena del ricevitore e l'altra con quella del donatore. Alla diramazione c si innesta la siringa record.

All'interno di questo corpo centrale si adatta un tronco di cono che porta, in un piano che passa circa a metà della sua altezza, tre fori. Questi fori sono disposti in modo che quando la siringa è in comunicazione col donatore la via per il ricevitore è chiusa, quando invece, per una modica rotazione del cono interno, la siringa vien messa in comunicazione con il ricevitore, si chiude la via per il donatore (figure 2-3). Così con una lievissima rotazione del tronco di cono interno, la siringa, che funziona da pompa aspirante e premente, può essere messa alternativamente in comunicazione ora con la vena del donatore e ora con quella del ricevitore, permettendo così il passaggio di sangue da vena a vena.

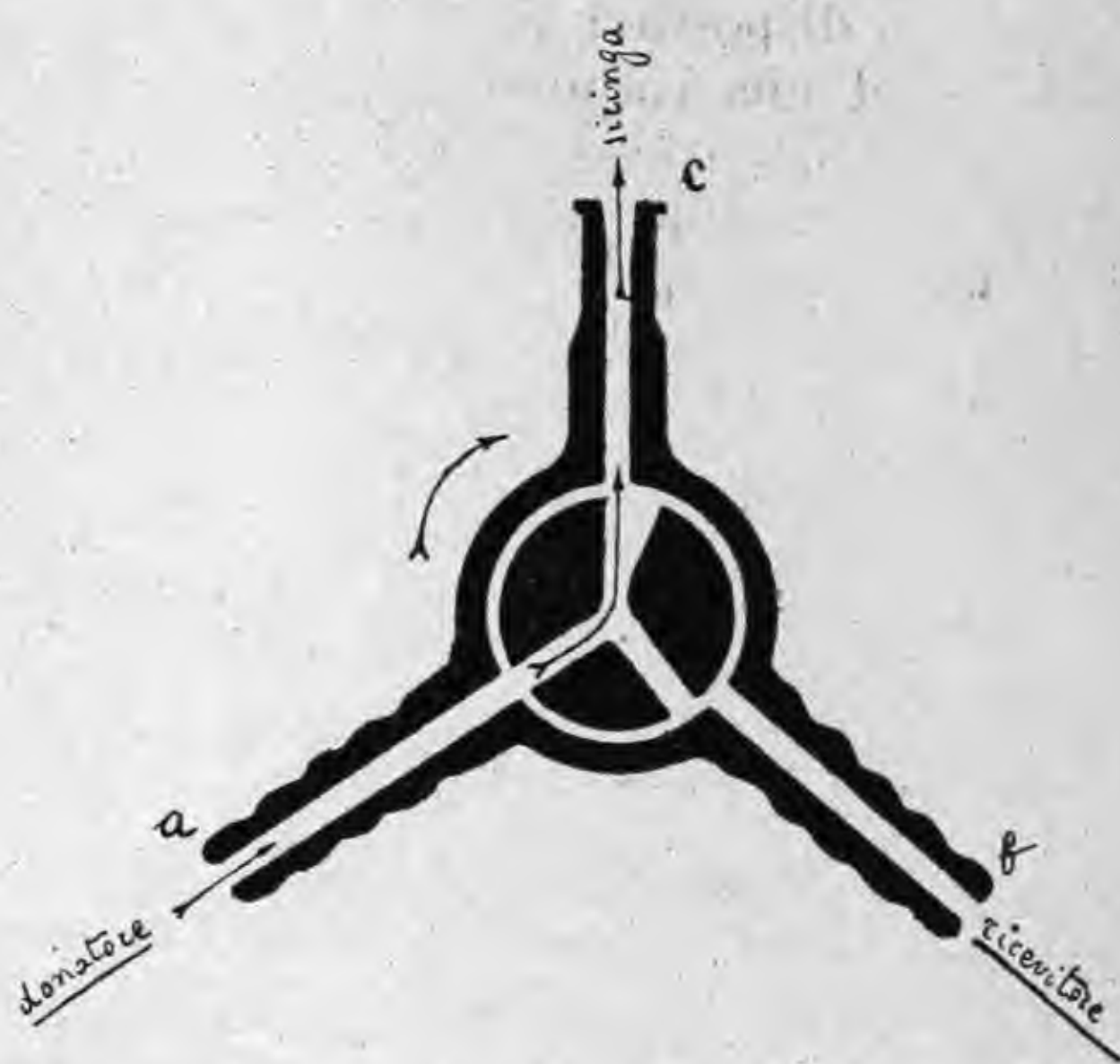



FIG. 2. — Sezione trasversale della valvola a tre vie (schematica). La siringa è in comunicazione con la vena del donatore. Essa si riempie di sangue, mentre la via per la vena del ricevitore è chiusa.

A provocare la rotazione del cono interno e a limitarne l'escursione, in modo che esso si fermi quando vi sia corrispondenza perfetta di fori, serve il terzo pezzo costituito da una

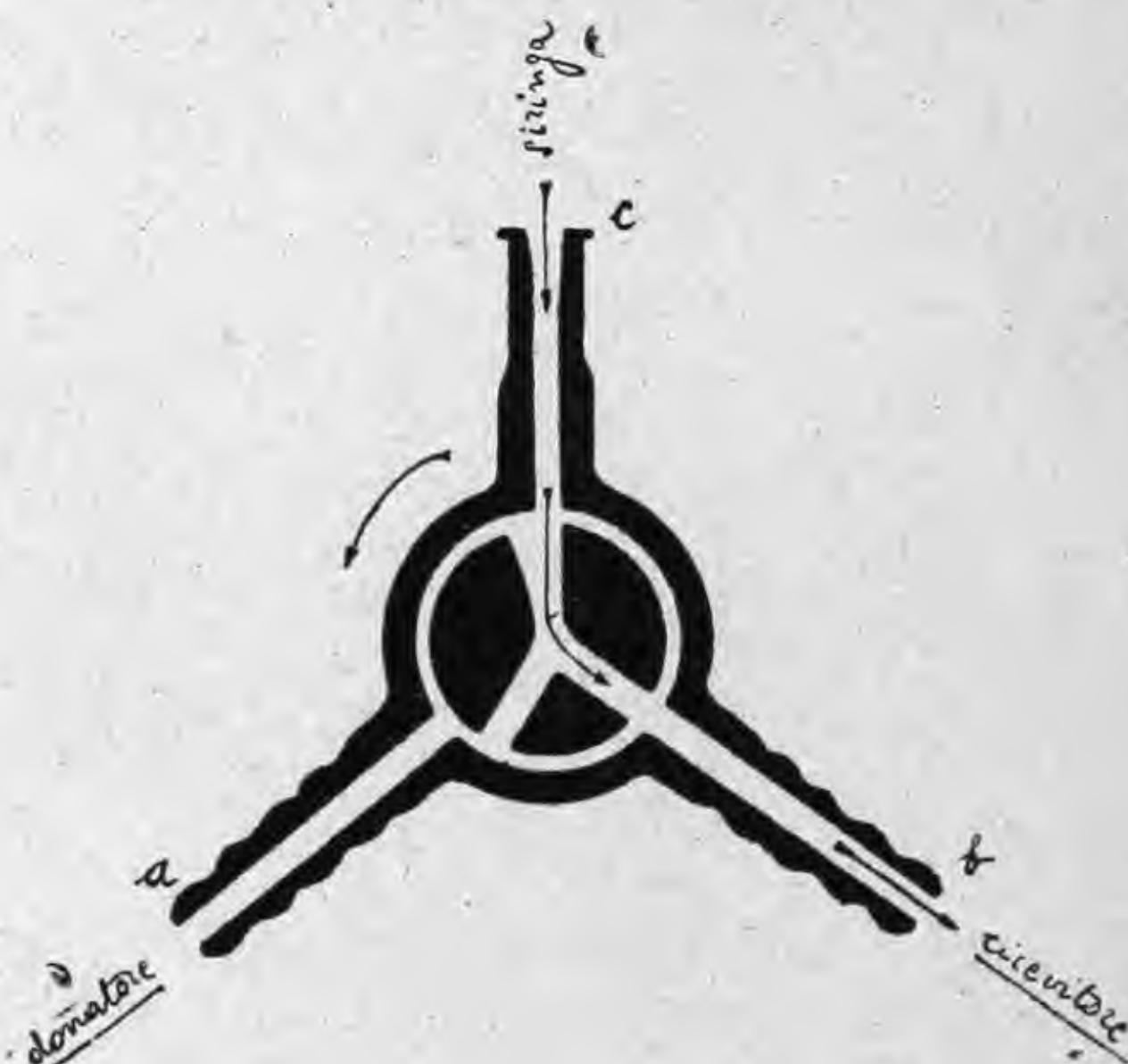



FIG. 3. — Sezione trasversale della valvola a tre vie (schematica). Una modica rotazione del cono interno chiude la comunicazione fra la vena del donatore e la siringa e apre invece la via per il ricevitore.

specie di staffa, che ha la funzione anche di tenere insieme gli altri due.

Un indice indica chiaramente se la siringa è in comunicazione con la diramazione a o b.

Questa valvola a tre vie presenta i seguenti vantaggi:

1) grande semplicità e grande facilità di uso. Dimensioni veramente minime. Il pezzo più grosso è la siringa da 5 cc.;

2) non ha bisogno di una siringa speciale o di altri dispositivi apposta costruiti. Essa si adatta ad una comune siringa Record o ad una qualunque siringa a becco Record;

3) non possiede nella sua costituzione nessuna delle condizioni che possono portare a inceppamento e quindi all'arresto della trasfusione.

La siringa Record o qualsiasi altra siringa non si inceppano mai durante la trasfusione perchè il pistone è soggetto soltanto ad un movimento di va e vieni, e mai di torsione; ma se anche ciò dovesse accadere è sollecitamente cambiabile, senza apportare alcuna sosta nella trasfusione.

Neppure il tronco di cono interno che gira per commutare i fori è soggetto ad inceppamento: prima perchè molto difficilmente succede che penetri una faldina di sangue fra la parete ed il cono (il quale si cosparge di vaselina o meglio con un grasso denso) e se anche dovesse ciò accadere il funzionamento non ne risente affatto verosimilmente perchè il cono interno è alto solo 2 cm. e quindi le superfici di contatto sono esigue e poi perchè la sua escursione rotatoria è di solo circa 20°.

Questi vantaggi non sono solo di ordine teorico, ma essi mi sono stati ormai confermati da numerose trasfusioni eseguite da me e da assistenti ancora principianti della nostra Clinica.

L'apparecchio completo pronto per la trasfusione si compone (fig. 4):

1 siringa Record da 5 cc. o qualsiasi siringa di vetro a becco Record;

1 valvola a tre vie;

2 tubi di gomma (serve ottimamente una siringa Nelaton n. 18-20 smussata alle estremità e tagliata in due);

2 raccordi per aghi;

2 aghi da trasfusione (1). Nella fig. 4 vi sono due aghi differenti uno per il donatore l'altro per il ricevitore. Ma in pratica è meglio adoperare aghi del tutto simili sia per la punta che per il raccordo.

La punta è meglio che sia in entrambi a becco di flauto, come nell'ago da donatore. L'ago cannula da ricevitore con mandrino foggiato a tre quarti è più difficile da introdurre e produce facilmente ematomi. L'uguaglianza dei raccordi evita l'orientamento obbligato della valvola a tre vie potendo sia l uno che l'altro ago essere indifferentemente adatto al donatore o al ricevitore. La semplicità della tecnica per la trasfusione viene così a guadagnarne.

I singoli pezzi smontati vanno sterilizzati al momento dell'uso con ebollizione in acqua

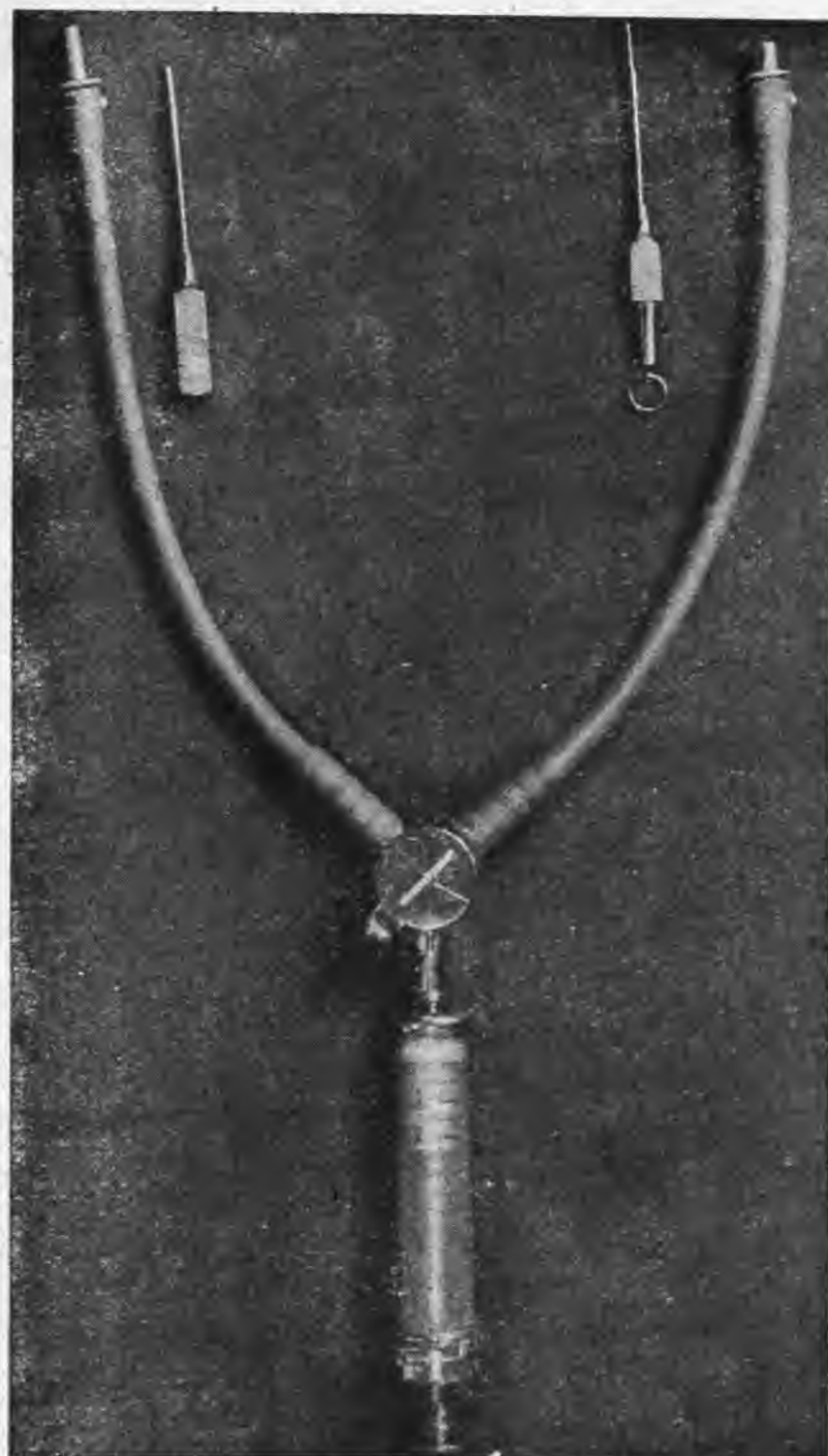



FIG. 4. — Apparecchio trasfusore completo montato.

distillata (10-15 minuti). Vanno poi accuratamente asciugati. Si badi di asciugare bene la siringa anche internamente con un batuffolo di garza montato su una Kocher, badando che non rimanga aderente alle pareti nessun frammento di filo.

Asciugati, i pezzi vanno tutti singolarmente invaselnati, s'intende solo nelle superfici che devono venir a contatto del sangue. Si monta l'apparecchio al completo. Si procede alla prova del funzionamento con olio di vaselina sterile eseguendo una decina di aspirazioni ed espulsioni con la siringa, commutando variamente la sua comunicazione con le due vie.

Compiuta la lubrificazione, si espelle con

(1) L'apparecchio trasfusore completo è costruito e messo in commercio dalla Ditta Valeggia di Padova.

movimento dello stantuffo a vuoto, l'eccesso di olio di vaselina rimasto nei tubi. Si procede quindi alla trasfusione. Si distacca l'ago destinato al ricevitore dal raccordo e *per prima* si introduce nella vena prescelta badando bene di farvi penetrare tutta la cannula. Sicuri di essere penetrati in vena, si pone il mandrino nell'ago. Poi si stacca la siringa dalla valvola a tre vie. Si impugna l'ago destinato al donatore senza smontarlo dal raccordo e dopo essersi assicurati, guardando l'indice, che l'ago che si tiene in mano è in comunicazione con la via per la siringa, lo si introduce nella vena del donatore. Quando il sangue fluisce abbondantemente (lo si raccolga in una bacinella), si innesta la siringa e si eseguono quattro o cinque siringate di spurgo per eliminare l'eccesso di olio di vaselina rimasto aderente alle pareti dei tubi. Dopo di che si innesta il tubo all'ago del ricevitore e si esegue la trasfusione.

La valvola a tre vie si regge molto comodamente fra il 2° e il 3° dito della mano sinistra; il pollice esegue la commutazione delle vie, il 4° ed il 5° dito sorreggono la siringa: la mano destra provvede al movimento di va e vieni dello stantuffo della siringa.

Se si ha cura di raccogliere in una apposita bacinella il sangue che fluisce nell'incannulamento delle vene e quello di spurgo della siringa il campo operatorio non viene sporcato neppure da una goccia di sangue.

Finita la trasfusione si abbia cura di lavare subito accuratamente l'apparechio con acqua in modo da essere sicuri che in nessun pezzo vi siano residui di sangue.

Con questo sistema, se si bada alle comuni regole del resto necessarie per eseguire un qualunque tipo di trasfusione, il trasfondere sangue puro diventa molto semplice. Una sola persona è sufficiente per eseguire la trasfusione anche di notevole quantità di sangue.

RIASSUNTO.

L'A. descrive una valvola a tre vie per la facile e rapida esecuzione della trasfusione di sangue puro.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Sopra un altro caso di tumore spinale.

(Neurinoma della coda equina) (1).

Prof. FRANCESCO NIOSI (Pisa).

Sebbene in quest'ultimo ventennio la diagnosi dei tumori spinali (tumori midollari e juxta-midollari) abbia fatto grandi progressi principalmente a causa della mielografia di Sicard e Forestier, pure non si può dire che la casistica chirurgica, almeno in Italia, si sia arricchita in proporzione dei progressi diagnostici.

Il neurologo oggi è in grado di porre con relativa facilità la diagnosi di tumore spinale ma perchè il chirurgo possa efficacemente intervenire il tumore non deve essere in fase avanzata. Occorre quindi che il medico pratico cui i malati si rivolgono prima che al neurologo e al chirurgo formuli precocemente il sospetto di tumore spinale e precocemente invii al neurologo il paziente. Richiamare perciò l'attenzione dei medici pratici colla pubblicazione dei singoli casi crediamo sia cosa sommamente utile.

Il malato di cui è oggetto la presente nota fu creduto affetto per mesi e mesi da sciatica e fece senza risultato le più svariate cure; un modesto medico intuendo che si trattasse di malattia assai più grave, inviò il paziente al neurologo.

La mia esperienza sui tumori spinali è assai ristretta. Io ho osservato:

1) Un tumore cervicale alto, neurinoma extradurale della 3ª radice cervicale posteriore di sinistra in ragazza di 19 anni tetraplegica, operata nel 1934 e perfettamente guarita.

2) Un tumore maligno (endotelioma) originato dal periostio della faccia interna della lamina destra della 4ª dorsale in bambino di a. 7 operato nel 1935 e morto per collasso subito dopo l'operazione (all'autopsia stato timolinfatico e altri noduli neoplastici periostei al livello della 7ª, 8ª e 9ª D.).

3) Un tumore a livello della 10ª D. in ammalato trentottenne, assai grave, paraplegico con disturbi della sensibilità e degli sfinteri. Durante la laminectomia insorse un gra-

(1) Il paziente fu presentato alla Soc. Tosco-Umbra di Chirurgia nella seduta del 18 aprile 1942. Inoltre una breve comunicazione soltanto per illustrare il significato diagnostico della sindrome del Froin fece sullo stesso caso il dott. A. Serra, assistente della Clinica delle malattie nervose e mentali della nostra Università, alla Società Med.-Chir. di Pisa (Sed. del 7 dic. 1940).

ve collasso che ci obbligò a sospendere l'operazione. Il malato, portato a letto, si riebbe dopo qualche ora ma, per la opposizione dei parenti, l'operazione non potè essere continuata. Il malato viveva a casa in discrete condizioni dopo una settimana.

4) Questo caso di neurinoma della coda equina perfettamente guarito.

D. Mario di anni 33, impiegato di banca di S. Miniato.

Nulla di notevole nell'anamnesi familiare.

Nel primo anno di vita convulsioni in occasione di un episodio febbrile.

Da ragazzo, se rimaneva seduto a lungo, veniva colto da un senso di inquietudine penosa agli arti inferiori. Fece servizio militare per tredici mesi. Nel 1934 influenza con forte dolore sopraorbitario.

Nel 1937 primo episodio di lombaggine daprima acuto, poi protrattosi per diversi mesi e risoltosi spontaneamente. Nella primavera del 1939 dolori alla metà inferiore della coscia destra (faccia posteriore) i quali si attenuarono verso l'autunno, epoca in cui fu richiamato alle armi per tre mesi. Sulla fine del servizio militare (dicembre 1939) ripresa dei dolori e senso di irrigidimento agli arti che scompariva col movimento. Nell'aprile 1940 i dolori si aggravarono e si estesero in alto fino ai glutei e distalmente fino al tallone, assumendo la caratteristica di crampi violenti alla gamba destra e senso di stiramento alla coscia sinistra, tanto da costringere l'ammalato ad abbandonare ogni attività e da disturbarne notevolmente il riposo. Nel luglio fece senza risultato la cura per la sciatica presso uno specialista di Firenze.

Il 7 ottobre 1940 entra nella Clinica delle malattie nervose e mentali di Pisa.

Il paziente è in preda a fortissimi dolori alla regione lombare ed agli arti inferiori, specialmente a destra. La posizione supina è impossibile; deve decombere sul fianco destro colle gambe semi-flesse fuori del letto. In posizione eretta i dolori si attenuano e la deambulazione titubante e guardinga per evitare la comparsa dei dolori non presenta altri caratteri patologici. La colonna lombare è rigida per costante contrattura antalgica dei muscoli paravertebrali e la flessione del tronco risulta dolorosissima, come lo è bilateralmente e più a destra la manovra di Lasègue. La flessione forzata del capo e la compressione delle vene giugulari determina immediato dolore coccigeo, seguito da dolore lungo la faccia posteriore degli arti inferiori specie a destra fino al tallone. Dolenzia spiccata ai lombi e alla faccia posteriore delle coscie sotto i colpi di tosse. Trofismo: lieve ipotrofia dell'arto inferiore destro. Il tono muscolare appare diminuito negli arti inferiori in posizione di riposo e quando si attenuano i dolori. Non si osservano paresi; i movimenti sono inibiti soltanto dal dolore. A carico dei riflessi si osserva esaltazione dei patellari e degli achillei e adduzione bilaterale del piede alla percussione del malleolo esterno; non cloni, riflessi plantari in flessione, addominali normali, mediopubico vivace, cremasterico più debole a destra, Onanoff vivace. Sensibilità superficiale e profonda integre, non zone di iperestesie. Diminuità conducibilità del nervo safono di destra alla stimolazione faradica; indolente la pressione sui tronchi nervosi e sulle masse muscolari. Sfinteri normalmente funzionanti.

Una puntura praticata nel secondo spazio lombare in posizione seduta rilevò una pressione del liquor di cc. 48 al Seeliger e la manovra di Queckenstedt provocò pronto innalzamento della

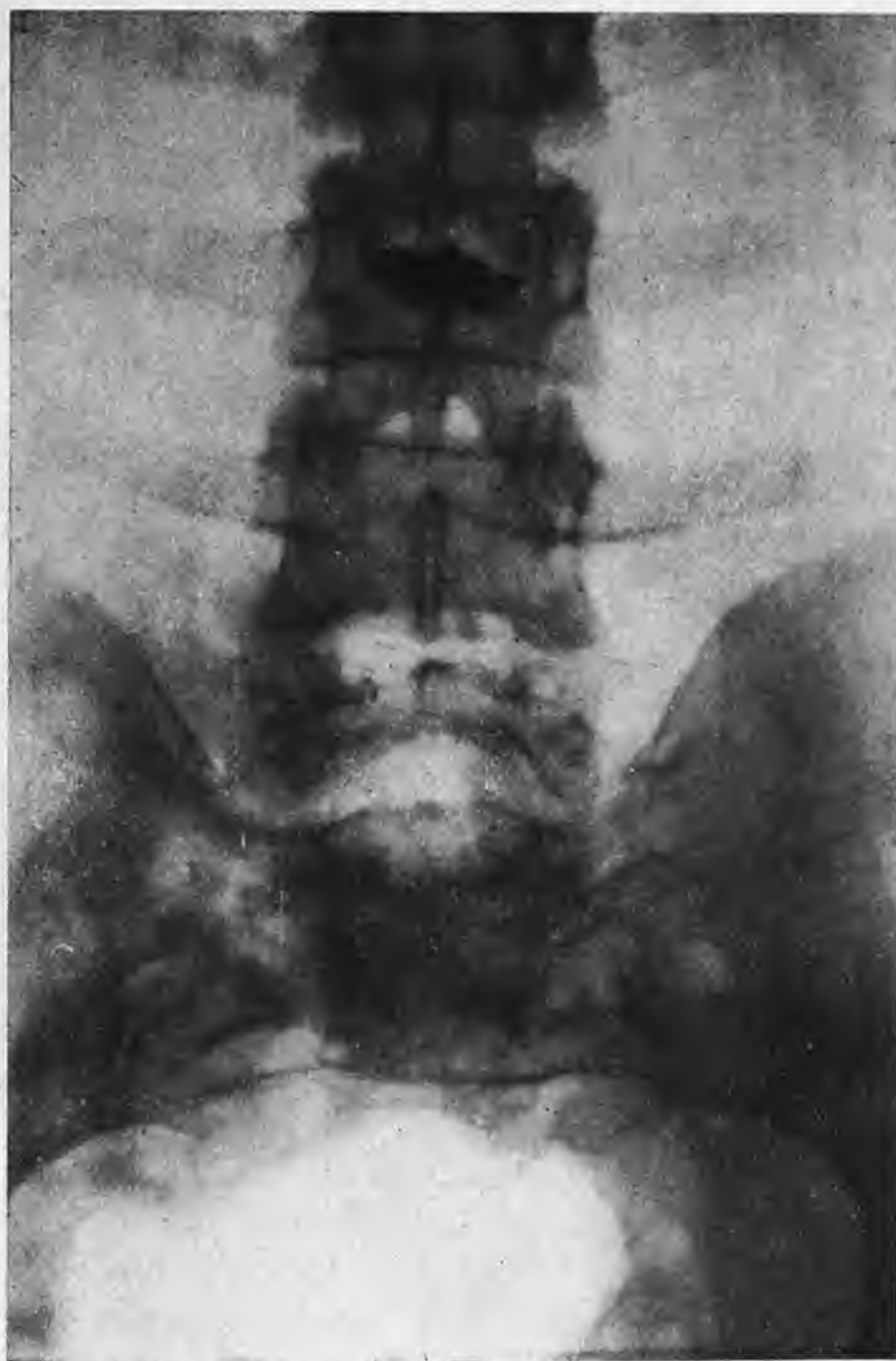



FIG. 1. — Arresto del lipiodol a livello del corpo della III v. lombare.

pressione colla compressione a destra; lento colla compressione a sinistra. Il liquor sottratto apparve intensamente xantocromico nella prima provetta, nettamente xantocromico, ma in misura minore, nella seconda, meno nella terza e ancora meno nella quarta. Prelevati complessivamente 15 cc. di liquor, la pressione finale scende a 34. I primi 5 cc. estratti coagularono massivamente e così i secondi 5 cc. ma più tardi. Le reazioni di Pandy e Nonne praticate nel liquor della terza provetta, anch'esso xantocromico, ma indenne da coagulazione spontanea, furono fortemente positive e l'albumina risultò di gr. 1,14 per mille. Non si repertarono all'esame microscopico elementi corpuscolati.

Si praticò successivamente una puntura sottoccipitale e si iniettò un cc. di iodipina al 40 per mille: la radiografia dimostrò che questa sostanza si era fermata a livello della metà inferiore della terza vertebra lombare ed in tale posizione fu trovata in esami radiografici successivi. Il li-

quor estratto era limpido e di colore normale con Pandy positiva e con albumina in quantità di gr. 0,58 per mille. La Wassermann sul liquido era negativa.

All'esame generale si trova: Giovane di media statura, scheletro regolare muscoli e adipe sottocutaneo normalmente sviluppati. Aspetto sofferente per i dolori che lo tormentano senza tregua, ematosi buona, organi sani, nulla di notevole all'esame morfologico del sangue; urine normali. Wassermann sul siero di sangue negativa. Temperatura subfebbrile alla sera. Polso ritmico valido 80.

Diagnosi: Tumore della coda equina (prof. Belloni). Proposto l'intervento chirurgico l'ammalato entra nella casa di cura delle Suore dell'Addolorata in Pisa, il 12 ottobre 1940.

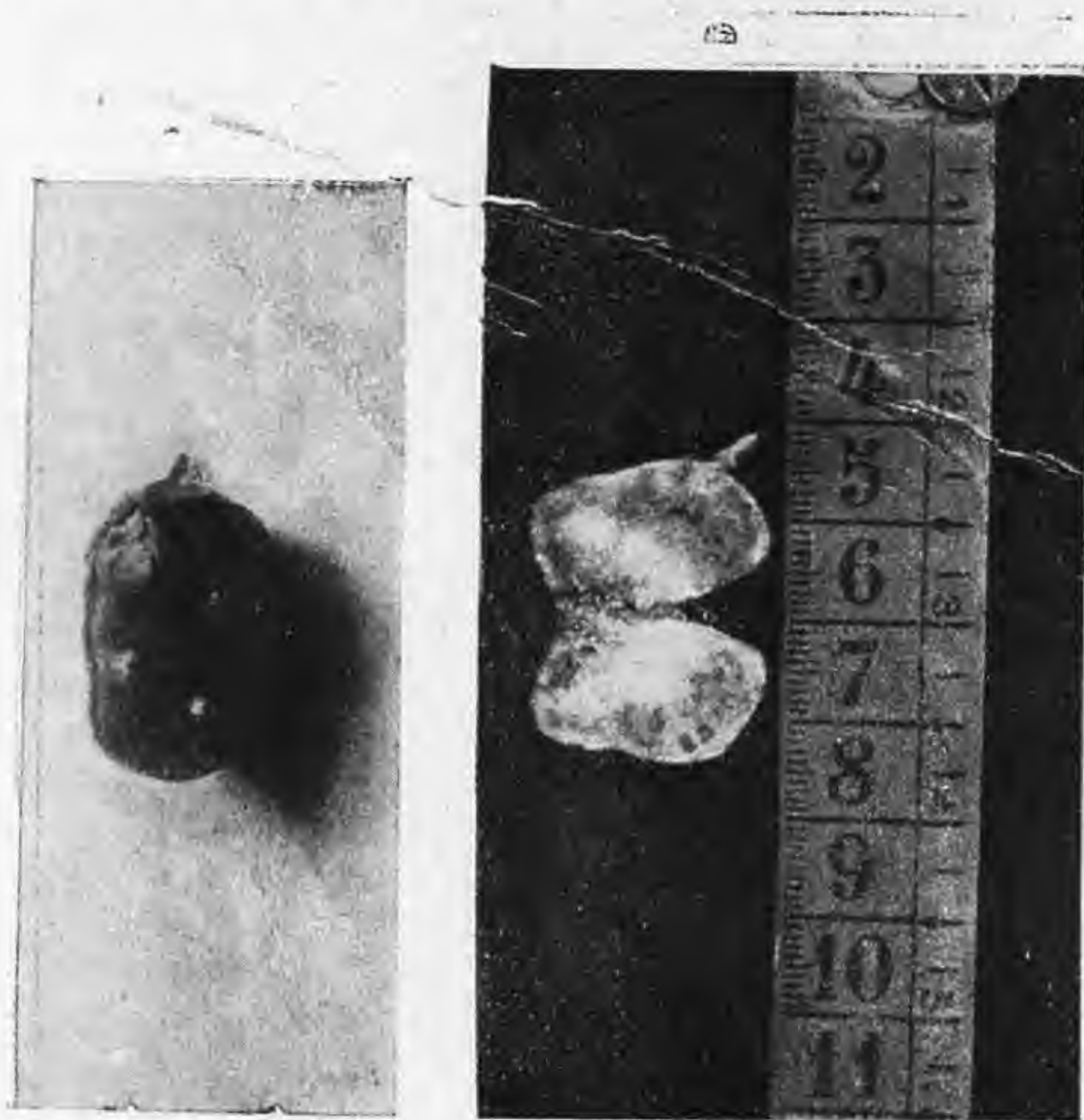



FIG. 2. — Tumore con un piccolo frammento della II rad. sacr. destra.

FIG. 3. — Tumore aperto in due metà.

Immediatamente prima dell'operazione una puntura lombare praticata al disotto del blocco, cioè tra la 4ª e la 5ª lombare diede esito a liquor xantocromico che coagulò massivamente; la xantocromia era dello stesso grado del liquor sovrastante al blocco, ma il contenuto di albumina, dopo la precipitazione della fibrina, risultò di gr. 3 per mille.

Operazione (15 ottobre 1940). Morfina. Eterenarcosi: posizione sul ventre con un cuscino al disotto si da far sporgere la colonna lombare. Laminectomia col processo Cavicchia-Alessandri della 3ª e 4ª lombare. Il lembo cutaneo muscolare comprende oltre alle apofisi spinose, sezionate alla loro base, della 3ª e 4ª lombare anche quelle della 2ª e 5ª per avere più spazio essendo in questa regione le lamine situate molto profondamente. A livello della metà inferiore della 3ª lombare il sacco durale presenta un rigonfiamento fusiforme. Palpando si apprezza un tumore del volume di una grossa oliva che scivola sotto le dita. Si prende la dura con due anse di catgut a 2 mm. dalla linea mediana e tendendo i fili la si incide per cm. 2. Esce liquido cefalo-rachidiano, prima giallastro poi chiaro. Per non avere forte perdita di liquor si fa sollevare la testa del paziente. Tirato fuori delicatamente il tumore si vede che esso è appeso ad un filamento della coda equina: questo si recide sopra e sotto e il tumore è così asportato. Sutura continua in catgut della dura a punti molto ravvicinati in modo da avere una chiusura ermetica. Si ribatte poi il lembo osteo-muscolo-cutaneo e si sutura con due strati di punti staccati di catgut, uno profondo, l'altro superficiale. Punti di seta per la pelle. Ipodermoclisi di soluzione fisiologica. Il malato ha sopportato bene l'operazione.

Decorso: *16 ottobre*: Il malato si lamenta di dolori vivi alla ferita irradiati al ventre. Il polso nelle prime 24 ore ha oscillato tra 100 e 120. La temperatura ha raggiunto un massimo di 39,2. L'a. ha potuto mingere abbondantemente in posizione supina ciò che prima non gli era possibile. Egli segnala una zona d'ipoestesia tattile

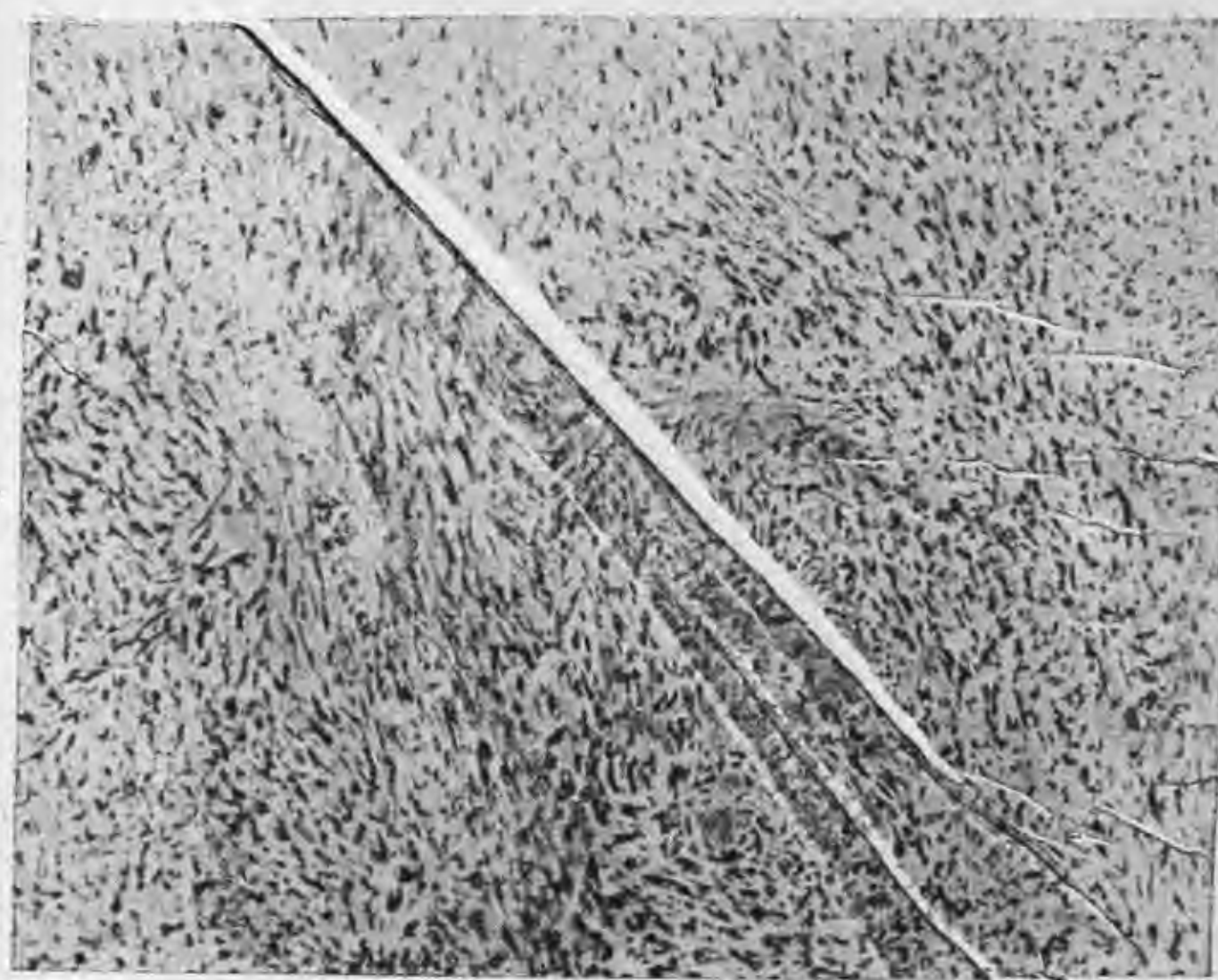



FIG. 4. — Struttura istologica del tumore.

dolorosa alla faccia esterna del piede destro, sotto il malleolo (zona innervata dalla 2ª radice sacrale).

22 ottobre: Le condizioni del paziente sono molto soddisfacenti. I dolori atroci che aveva prima dell'operazione sono molto diminuiti. L'ipoestesia tattile dolorosa sottomalleolare di destra va attenuandosi. Lievi rialzi febbrili serotini non superiori a 37°,8. In 8ª giornata si tolgono i punti: la ferita è guarita di prima intenzione.

10 novembre: il malato che da diversi giorni è apirettico ed ha lasciato il letto viene dimesso. I dolori sono quasi scomparsi, sì da consentire un sonno riposante ed una deambulazione sufficientemente spedita. L'esame neurologico fa rilevare dolenzia soggettiva alla faccia esterna della coscia sinistra. Lasègue positivo bilateralmente, lieve iperestesia in corrispondenza delle proiezioni cutanee della L_5 e lieve ipoestesia in corrispondenza della faccia esterna del piede destro sotto il malleolo. Riflessi patellari vivaci e simmetrici, riflessi achillei notevolmente indeboliti bilateralmente, riflessi pilomotori vivaci agli arti inferiori. Riflessi addominali presenti. Onanoff presente normale. Nulla a carico del trofismo cutaneo.

Il malato viene a farsi rivedere dopo tre mesi. Egli sta benissimo, ha ripreso le sue occupazioni, cammina speditamente e fa sonni tranquilli.

Esame macroscopico del tumore: Pesa 6 grammi. Ha forma prismatica cogli estremi arrotondati. Sulla faccia posteriore si vedono i resti del filamento nervoso sezionato. Diametro verticale mm. 25, diametro trasverso massimo mm. 14. Consistenza duroelastica. Aperto in due metà lungo il diametro maggiore, si vede che la superficie di taglio presenta colorito giallastro alla periferia, biancastro al centro; ad uno dei poli esistono alcune piccolissime cisti.

Esame istologico: il tumore è costituito da una sostanza fondamentale fibrillare che nei preparati colorati secondo v. Gieson si colora in giallo ed ha numerosi nuclei un po' più lunghi e grossi di quelli delle fibrocellule muscolari liscie orientati nel senso delle fibrille in file o palizzate a decorso ora rettilineo, ora sinuoso si da formare come dei vortici. Questa struttura corrispondente al neurinoma tipo A dell'Antoni manca nella zona dove si vedevano a occhio nudo piccolissime formazioni cistiche. Qui il tumore è formato da un trama di fibrille con rari nuclei disseminata di vacuoli ripieni di una sostanza amorfa, oppure vuoti per cui il tumore assume un aspetto reticolare (neurinoma tipo B): i vacuoli per usura dei setti divisori si riuniscono in modo da formare le piccolissime cisti ricordate.

Il nostro paziente era dunque affetto da un tumore primitivo della coda equina situato a livello della metà inferiore della 3ª vertebra lombare e avente caratteri istologici benigni (neurinoma).

Fra i tumori spinali quelli della coda equina costituiscono un gruppo tutto affatto particolare riguardo alla sintomatologia perchè a tale livello non c'è più il midollo, onde mancano i sintomi di compressione midollare. Essendo poi i tumori primitivi della coda in maggioranza benigni, hanno un'evoluzione lunga, anche di molti anni e possono raggiungere un volume tale da riempire tutta la porzione del cavo subaracnoideo che è al disotto del midollo (tumori giganti della cauda).

Secondo il Peron (citato da Schupfer) le forme sotto cui più frequentemente questi tumori si presentano sono:

1) Una forma dolorosa, di gran lunga la più frequente in cui compaiono dolori molto violenti a carico dei lombi e degli arti inferiori lungo i nervi sciatici, o a livello del perineo e degli organi genitali.

2) Una forma urinaria nella quale i disturbi vescicali, sebbene non molto spiccati, dominano fin da principio il quadro morboso.

3) Una forma caratterizzata da disturbi del retto, con stipsi grave o più raramente da incontinenza anale.

Nel nostro paziente mancavano completamente disturbi vescicali e rettali e si aveva invece una sintomatologia dolorosa lombare e degli arti inferiori, specie del destro.

I dolori dei tumori della coda hanno caratteri peculiari che li distinguono dai dolori del morbo di Pott. Questi si calmano col riposo in decubito supino, quelli sono spontanei, ma anche possono essere provocati dai movimenti o da certe posizioni del corpo. Alcuni pazienti, come il nostro, non possono decombere distesi in posizione supina; talora, in occasione di un movimento, un brusco dolore immobilizza il malato, anche per delle ore.

I sintomi dei tumori della coda sono così complessi e vari nella loro evoluzione e distribuzione da aver fatto dire al Bériel che il loro carattere precipuo è di essere sconcertanti. Un quadro clinico simmetrico e completo è di rara osservazione salvo nei casi molto avanzati. Ora si trova una sindrome esclusivamente dolorosa senza il minimo segno obiettivo, con liquor xantocromico; più spesso con un insieme sintomatico già importante mancano i disturbi urinari; altre volte esiste un lungo passato di dolori con intercalati periodi di guarigione apparente e in cui si arriva poi a una sintomatologia caudale incompleta. Oppure si può trovare una sindrome dissimmetrica con abolizione di un riflesso achilleo, una striscia di anestesia posteriore della gamba e dall'altro lato un'atrofia muscolare limitata.

Disturbi della sensibilità mancavano affatto nel caso nostro. Quando esistono sono naturalmente a tipo radicolare e interessano la sensibilità tattile, termica e dolorifica; scarsamente è alterata la sensibilità profonda.

Nel nostro paziente non è stata tralasciata la mielografia. Alcuni neurologi come l'Elsberg affermano che nei tumori spinali si può arrivare alla diagnosi senza il lipiodol. Egli che nel 1932 possedeva già una casistica di 210 tumori spinali, solo in pochi casi è ricorso alla mielografia. Ma non tutti possiedono l'esperienza dell'Elsberg; sta poi il fatto che prima che Sicard e Forestier trovassero questo prezioso metodo d'indagine, si facevano laminectomie inutili in affezioni spinali che mentivano i tumori (sclerosi a placche, mieliti, ecc.) senza dire che il lipiodol precisa l'altezza a cui si trova il tumore. E per ciò che si riferisce in particolare ai tumori della coda, alcuni autori, come il Petit-Dutaillis e lo stesso Elsberg dicono che la diagnosi del livello esatto coi segni neurologici è soggetta ad errori frequenti.

Il blocco subaracnoideo non era solo indicato dall'arresto del lipiodol al livello della 3ª lombare, ma anche dalla pressione e dai ca-

ratteri chimici del liquor al disotto del blocco. Esisteva nel nostro caso la sindrome del Sicard, cioè la dissociazione albumino-citologica (iperalbuminosi senza ipercitosi) e la sindrome del Froin, cioè iperalbuminosi senza ipercitosi, coagulazione spontanea, xantocromia, cioè la sindrome del Sicard più coagulazione spontanea e xantocromia. La xantocromia e la coagulazione spontanea sono rarissime nei tumori cervicali e dorsali superiori, sono invece frequenti nei dorsali inferiori e in quelli della coda e del cono midollare.

Il fatto strano del nostro caso era l'esistenza della sindrome del Froin al disopra del blocco oltrechè al disotto. Il dott. A. Serra, assistente di questa clinica delle malattie nervose e mentali, nella sua comunicazione alla Società Medico-Chirurgica di Pisa, discusse questo singolare reperto che a prima giunta infirmerebbe l'importanza diagnostica di blocco della sindrome del Froin e sulla scorta anche di pochi altri casi esistenti nella letteratura (quasi tutti della coda equina) venne alla conclusione che l'esistenza della sindrome di Froin al disopra del blocco non ne infirma il significato diagnostico e può essere interpretata come la conseguenza di particolarità topografiche (assenza del midollo, lunghezza delle radici) che permettono al tumore di subire spostamenti onde il liquor patologico può risalire al disopra del blocco.

Poche considerazioni faremo sulla diagnosi differenziale.

In primo luogo vanno ricordate le sifilidi spinali basse. Ma, poichè in ogni caso di presunto tumore spinale va fatta la Wassermann, e nei casi dubbi il trattamento specifico, la confusione non è possibile.

Di più difficile differenziazione sono le flogosi meningee croniche non specifiche (leptomeningiti) sulla cui etiologia poco ancora si sa. La diffusione dei sintomi, la loro simmetria, l'arresto del lipiodol non in massa, ma sotto forma di goccioline sparse qua e là, l'evoluzione della malattia a ondate con periodi di miglioramenti relativi, infine i caratteri flogistici del liquor (leucocitosi) parlano contro un tumore della cauda (Bériel). Quanto al liquor, dobbiamo però avvertire che la presenza di molti elementi cellulari può trovarsi anche nei tumori della coda, come nel caso di E. Mingazzini di tumore a livello della 3ª lombare in cui il liquor conteneva linfociti numerosi e polinucleati.

Più difficile ancora è la diagnosi in quelle forme di aracnoiditi in cui il processo flogistico per aderenze multiple ha prodotto loculazioni più o meno incistate. In questi casi se tutto parla per una leptomeningite adesiva il lipiodol si comporta come nei tumori con arresto in massa al disopra delle formazioni cistiche. Secondo Elsberg è caratteristica del blocco dovuto alle aracnoiditi, la mancanza di aumento delle proteine totali. Fortunatamente qui un errore diagnostico non porterebbe alcun danno essendo in questi casi indicato l'intervento chirurgico come se si trattasse di tumore.

Anche le malattie intrinseche del cono terminale sono da prendersi in considerazione. La mancanza di dolori, l'assenza del blocco, la simmetria dei sintomi con interessamento costante del perineo e degli organi genitali, l'inizio brusco se si tratta di ematomielia o di rammollimento midollare, la dissociazione della sensibilità se si tratta di siringomelia sono i caratteri secondo il Bériel delle malattie del cono terminale.

Dobbiamo infine ricordare quelle particolari formazioni a struttura fibro-cartilaginea situate a livello degli spazi intervertebrali, ventralmente al sacco durale e che ritenute dapprima tumori (condromi) altro non sono che protrusioni di porzioni del disco intervertebrale (ernie del nucleo polposo per rottura dell'annulus fibrosus del disco stesso). La conoscenza di queste lesioni è di data recente: uno studio sistematico anatomo-patologico fecero Schmorl e Junghanns nel 1929 ma singoli casi clinici, benchè variamente interpretati, erano stati comunicati anche prima: Adson ne aveva operato con successo uno nel 1922. Nel volgere di pochi anni si è accumulata per opera specialmente di autori nord-americani una ricca casistica alla quale hanno anche contribuito autori italiani: è recente un caso operato da Valdoni che ha fatto anche una esauriente rivista sintetica dell'argomento. Queste formazioni per lo più paramediane, di rado esattamente mediane, si trovano nella regione cervicale e dorsale oltrechè nella regione della cauda e comprimono il midollo o le radici. Di scarso interesse nella regione dorsale dove lo spessore dei dischi è esiguo, assumono grande importanza clinica nella regione cervicale e nella cauda. Per ciò che si riferisce a questi ultimi se hanno un certo volume (possono raggiungere quello di una grossa ciliegia) i malati si lagnano di dolori sordi ai lombi e agli arti inferiori a tipo radicolare dolori che vengono attribuiti dapprima a una sciatica; ai dolori si possono associare disturbi della sensibilità, della motilità, degli sfinteri nonchè atrofie e fibrillazioni musco-

lari. Un esame neurologico accurato secondo Spurling e Grantham, anche senza il sussidio della mielografia, è sufficiente a porre la diagnosi esatta. Rimandando il lettore alla monografia di questi autori e al lavoro di Valdoni, ci limitiamo a dire che per sospettare una lesione del disco, grande importanza ha il dato anamnestico di un trauma della colonna. Il sospetto acquisterà maggiore consistenza se una radiografia semplice dimostrerà, come nel caso di Valdoni, la riduzione in altezza di uno spazio intervertebrale. Quando esistono i segni del blocco subaracnoideo con quasi assoluta certezza si è in presenza di un tumore e non di una erniazione del disco (Valdoni). La mielografia infine da praticarsi solo dopo aver fatto un esame neurologico accurato e nei casi dubbi, dà reperti caratteristici cioè un difetto di riempimento situato ventralmente, unilaterale e di origine estradurale.

Riguardo alla terapia, ci limitiamo a brevi considerazioni.

Per desiderio del paziente e per lo spesso strato di tessuti rivestenti la colonna lombare abbiamo usato l'anestesia eterea per inalazione, la quale ci ha corrisposto bene. Il malato giaceva bocconi, colla testa ruotata da un lato e con un cuscino sotto il ventre.

La laminectomia bilaterale fu eseguita col processo Cavicchia-Alessandri, che è ormai entrato trionfalmente nella pratica: conservando le apofisi spinose, i legamenti sopra e interspinosi, non compromette la stabilità della colonna. La laminectomia interessò la terza e la quarta vertebra lombare, ma per mettere bene allo scoperto le lamine di queste vertebre occorse sezionare alla loro base, anche le apofisi spinose della 2ª e 5ª lombare. Per eseguire la laminectomia prima abbiamo praticato un foro sulla lamina col trapano a mano di Stille, poi abbiamo usato il laminotomo di Donati e, nei punti di maggior spessore delle lamine, la Luer a doppia articolazione. Non ci siamo serviti perchè traumatizzanti il midollo o le radici, dello scalpello e del maglietto. Constatata la sede intradurale del tumore, abbiamo aperta la dura. Il tumore era concresciuto con un filamento della coda che fu resecato sopra e sotto. L'anestesia riscontrata sulla faccia esterna del piede destro sotto il malleolo subito dopo l'operazione, dimostrò trattarsi della 2ª radice sacrale di destra. La sottigliezza del filamento non permise la sutura dei due capi recisi.

Col liquor, all'apertura del sacco aracnoideo, uscì il lipiodol. Durante l'operazione, per impedire abbondante fuoriuscita di liquor, fu inclinato il letto in modo che la testa del paziente fosse sollevata. Suturammo la dura con una sutura continua in catgut, a punti assai vicini: la sutura a punti staccati è meno ermetica.

Ribattuto il lembo fu fatta una sutura in catgut a due piani; non fu lasciato drenaggio.

La rimozione del tumore fu nel caso nostro assai semplice, ma non è da credere che nei tumori della coda le cose vadano sempre così. Come abbiamo già detto esistono tumori voluminosi che a volte riempiono tutto lo spazio subaracnoideo della cauda e che mandano ramificazioni e aderiscono alle singole radici. La loro estirpazione presenta difficoltà grandissime: se si fa un intervento radicale e si sacrificano molte radici residuano disturbi funzionali gravi di moto e senso; se si vogliono risparmiare le radici si fa una exeresi incompleta e perciò si va incontro alla recidiva del tumore.

Va inoltre notato che l'estirpazione di questi tumori giganti racemosi della coda equina può dare luogo a gravi emorragie talora mortali: Robineau e Petit-Dutaillis riferiscono ciascuno un caso di morte per emorragia.

Pisa, agosto 1942.

RIASSUNTO.

Uomo di 33 a. Da circa due anni dolori violenti ai due arti inf. specie a destra e ai lombi. Arresto del lipiodol a livello della L_3. Diagnosi: tumore della coda equina. Laminectomia della L_3 e della L_4: tumore quanto una grossa oliva della 2ª rad. sacr. d. Esame ist.: neurinoma. Guarigione chirurgica e funzionale perfetta.

BIBLIOGRAFIA

ADSON A. W. v. FRUGONI.

ALESSANDRI R. v. DOMINICI.

BERIEL. *Tumeurs intrarachidiennes*. Soc. Int. Chir., IX, Congr., Madrid, 1932.

DOMINICI L. *I tumori del midollo spinale*. Soc. It. di Chir. 1928; Soc. Int. di Chir.; IX Congr. Madrid, 1932.

DONATI M. *Sulla chirurgia dei tumori spinali*. Soc. Int. de Chir. Madrid, 1932.

ELSBERG. CH. A. *The diagn., a. surg. traitement ecc.* Soc. int. de Chir., Madrid, 1932.

FRUGONI P. e ADSON. *Frattura del disco interv. ecc.* Arch. It. di Chir. Vol. LII.

MINGAZZINI T. Citato da SCHUPFER.

NIOSI F. *Sui tumori spinali. Presentazione di una donna operata di tumore cervicale alto.* Soc. Tosco-Umbra di Chir. 7 giugno 1935.

ID. *Sopra due casi di tumore spinale*. Minerva Medica, n. 22, 1936.

PÉRON. Citato da SCHUPFER.
PETIT-DUTAILLIS D. *A propos de 54 cas de tumeurs intrarachid. operées.* Soc. Int. de Chir. Madrid, 1932.
ROBINEAU M. *Diagnostic et traitement des tumeurs de la moëlle.* Soc. Int. de Chir., Madrid, 1932.
SCHMORL, IUNGHANNS. v. VALDONI.
SCHUPFER F. *I tumori del midollo spinale.* Soc. It. Med. Int., 1928
SERRA A. *A proposito di un caso di neurinoma della coda equina. Considerazioni sulla sindrome di* FROIN. Soc. Med. Chir. di Pisa, 7 dic. 1940.
SPURLING e GRANTHAM. Citati da VALDONI.
VALDONI P. *Sciatica da protrusione del disco intervertebrale.* Le Forze sanitarie, n. 1, 1941.

SUNTI E RASSEGNE

SISTEMA NERVOSO.

Le emorragie dei peduncoli cerebrali.

(J. LHERMITTE. *Presse Méd.*, 10 ottobre 1942).

Le emorragie in corrispondenza dei peduncoli cerebrali sono meno rare di quanto si ritenga di solito: Lhermitte ne ha osservati cinque casi, sulla scorta dei quali egli descrive la sintomatologia, assai ricca e variabile, che si menifesta quando le emorragie hanno luogo nei segmenti superiori dei peduncoli senza colpire il piede dei peduncoli stessi.

L'A. classifica e analizza i vari sintomi nel modo seguente:

1) *Disturbi oculari*: sono costanti, ma possono essere di tipi diversi: paralisi dissociata del III paio; oftalmoplegia completa, bilaterale e totale; sindrome di Parinaud associata con quella di Claude Bernard-Horner, col fenomeno di Hertwig-Magendie e con un'iridoplegia completa bilaterale; ptosi, diplopia intermittente e limitazione dei movimenti di lateralità; paralisi del III e del VI paio.

2) *Disturbi del sonno*: si tratta per lo più di un sonno profondo, che insorge subito dopo l'ictus e dura per parecchi giorni; è facile confonderlo con il coma, mentre è veramente soltanto un sonno patologico: il malato si sveglia se viene toccato o se gli si parla ad alta voce, risponde alle domande, seppur lentamente e un po' confusamente, e mangia il cibo che gli viene offerto. Talora si possono però osservare dei veri e propri periodi di narcolessia, che durano settimane o mesi.

3) *Fenomeni allucinatori*: si manifestano alcuni giorni dopo l'ictus e consistono soprattutto in allucinazioni visive: i malati vedono figure animate di uomini e di animali, isolate o variamente raggruppate in scene bizzarre. Di solito il malato si accorge che si tratta di allucinazioni; altre volte invece egli soggiace a un delirio di tipo onirico.

4) *Disturbi della motilità*: le paralisi, l'emiplegia sono sintomi rari e accessori; Lhermitte ha osservato in uno dei suoi casi un'emiplegia di modico grado e che rapidamente scomparve, in un altro una lieve emiparesi facciale durata per i primi giorni successivi all'ictus.

5) *Disturbi della coordinazione dei movimenti*: questi sono invece costanti e intensi; sono di tipo nettamente cerebellare; possono manifestarsi a carico di tutti e quattro gli arti oppure soltanto a carico dei due arti controlaterali alla lesione peduncolare. Lhermitte ha osservato atassia, dismetria, asinergia, decomposizione dei movimenti, passività per abolizione dei riflessi antagonisti o del riflesso miostatico; tremore di tipo cerebellare; eccezionalmente, tremore spontaneo, ritmico, unilaterale e fugace della mano e delle dita. Questi disturbi rendono quasi impossibile la stazione eretta e danno, nella deambulazione, l'andatura titubante, da ubriaco, che è tipica delle lesioni cerebellari.

6) *Disturbi della sensibilità*: Lhermitte non ne ha riscontrato alcuno nei suoi casi: nè dolori, nè parestesie, nè alterazioni della sensibilità superficiale o profonda.

7) *Modificazioni patologiche dei riflessi*: quando vi è emiplegia o emiparesi (il che significa che il focolaio emorragico comprime le vie cortico-bulbo-spinali) si osservano le solite alterazioni dei riflessi che accompagnano le emiplegie e le emiparesi. Lhermitte segnala inoltre la presenza del fenomeno di Babinsky, in uno dei suoi casi, nel quale i riflessi osteo-periostei erano ancora normali; in un altro suo caso, con riflessi osteo-periostei normali e senza alcuna paralisi nè allora nè nel successivo decorso, presenza di Babinsky bilaterale e abolizione dei riflessi addominali; in un terzo caso, infine, il fenomeno di Babinsky era provocabile subito dopo l'ictus, dapprima da un solo lato, poi bilateralmente, e non solo stimolando la pianta del piede, ma anche pizzicando o pungendo i tegumenti delle gambe, delle coscie, del tronco e del lobo dell'orecchio.

8) *Riflessi di difesa o d'automatismo midollare*: spesso sono particolarmente intensi ed estesi, come nel malato di cui ora si è fatto parola a proposito del fenomeno di Babinsky, malato nel quale la puntura della coscia sinistra provocava flessione di tutto l'arto inferiore sinistro; la puntura della coscia destra, estensione dell'arto stesso e flessione dell'arto inferiore sinistro; la puntura della gota sinistra, estensione dell'alluce destro e flessione dell'arto inferiore sinistro.

9) *Disturbi sfinterici*: in uno solo dei suoi casi Lhermitte ha potuto osservare incontinenza di feci e urine, tuttavia di breve durata.

10) *Disturbi neurovegetativi*: sembrano esser rari e scarsi; Lhermitte ha osservato bradicardia di modico grado nei primi giorni dopo l'ictus in uno dei suoi malati e vomito in altri due, ma soltanto come sintomo iniziale (e transitorio) dell'emorragia peduncolare.

Caratteristica generale delle emorragie dei segmenti superiori dei peduncoli cerebrali è la regressione relativamente rapida e più o meno completa della varia e ampia sintomatologia ora descritta: il sonno patologico, le allucinazioni, le paralisi oculari si attenuano ben presto per scomparire in capo a qualche settimana; più a lungo permangono invece i disturbi dell'equilibrio e della coordinazione dei movimenti.

La diagnosi può essere posta in base all'ictus improvviso, alla bilateralità dei sintomi, al rapido miglioramento di uno stato che sembra a tutta prima di estrema gravità, al reperto della puntura lombare (xantocromia e aumento dell'albumina del liquor) e con l'attenta ricerca dei molteplici sintomi qui descritti.

A. B.

Il trattamento chirurgico delle emorragie cerebrali.

(J. Lhermitte e J. Guillaume. *La Presse Médicale*, 22,25 ottobre 1941).

L'emorragia cerebrale non è prodotta da un solo meccanismo: in alcuni casi è dovuta alla rottura di una arteriola, in altri l'apoplessia cerebrale è la conseguenza di alterazioni di ordine vascolare nel parenchima cerebrale, alterazioni che, attraverso la vasodilatazione e la stasi, portano all'eritrodiapedesi e all'inondazione di parti più o meno estese d'un emisfero. Ci sono anche delle emorragie che restano molto circoscritte e che formano dei focolai le cui pareti sono poco alterate: si tratta dell'ematoma intra-cerebrale.

Da molto tempo si è pensato alle possibilità che potrebbe avere un intervento chirurgico nelle emorragie cerebrali e soprattutto interessante è il lavoro di Bagley su questo argomento. Bagley distingue i casi in cui si deve ritenere che l'emorragia, determinando una emiplegia precoce, sia profonda ed abbia danneggiato gravemente la capsula interna ed i casi in cui si può pensare che l'emorragia sia più superficiale. Mentre nei primi non si può pensare ad un intervento chirurgico, nei secondi invece questo può essere tentato. Questi casi di emorragia più superficiale si potrebbero riconoscere, secondo Bagley, dai seguenti caratteri: inizio dell'ictus meno brutale, evoluzione più graduale della paralisi, ipertensione endocranica rivelata da una cefalea intensa e dall'iperemia e stasi delle papille ottiche, frequente presenza dell'emianopsia, la predilezione di queste emorragie per i lobi temporale ed occipitale.

Gli AA. riferiscono appunto due casi in cui, avendo questi sintomi di emorragia cerebrale in sede non profonda, fu tentato con ottimo risultato l'intervento chirurgico e ricordano anche casi analoghi descritti nella letteratura. Particolare interesse ha poi un caso pubblicato da Puech, in cui l'intervento chirurgico portò la guarigione di una emorragia cerebrale complicata con inondazione ventricolare, forme cioè ritenute precedentemente inoperabili.

Dalla casistica riportata si può dedurre che l'apertura di un focolaio apoplettico recente non rappresenta una operazione molto grave e pericolosa e che l'evacuazione di questo focolaio non determina il pericolo di nuove emorragie. Naturalmente l'intervento chirurgico non può essere esteso a tutti i casi di emorragia cerebrale: bisogna limitarsi alle forme circoscritte e per così dire, incapsulate. Quindi in clinica è della massima importanza la distinzione fra ematoma cerebrale ed apoplessie comuni, basandosi su quanto ha fatto rilevare Bagley e specialmente sulla ricerca della emianopsia.

F. T.

L'angiografia cerebrale per via percutanea.

(M. Quarti Trevano. *Atti dell'Accademia Medica Lombarda*, 2 aprile 1942).

Già Moniz aveva tentato l'angiografia cerebrale per via percutanea servendosi della tecnica del Knauer che faceva la puntura percutanea della carotide a scopo terapeutico, introducendo medicinali per via arteriosa. Ma, non avendo avuto risultati soddisfacenti, il Moniz abbandonò questo metodo, che invece diede risultati buoni in mano a numerosi altri compreso l'A.

La tecnica adoperata dall'A. è la seguente: preparazione del malato mediante iniezione endovenosa di morfina, poi posizione supina della testa rovesciata all'indietro. Fatto questo si centra il tubo Roentgen e si prepara il seriografo per angiografia. Disinfettata la pelle, si pratica un bottone di anestesia locale. Si sceglie poi il luogo della puntura che è nella parte inferiore del trigono carotico, un dito al disotto della cartilagine tiroide, dove si avverte meglio la pulsazione arteriosa. In questo punto si infila l'ago perpendicoralmente alla pelle spingendolo in profondità fino a raggiungere la parete dell'arteria, che viene avvertita come una resistenza elastica pulsante. Continuando nella stessa direzione si penetra nell'arteria e allora fuoriesce dall'ago sangue a gocce grosse o a zampillo con pulsazioni ritmiche. Si modifica allora la posizione del paziente portando la testa in posizione orizzontale. Si procede poi all'angiografia col metodo solito. Ad esame ultimato si ritira l'ago e si pratica una leggera compressione nel punto dell'iniezione.

Non si sono mai avuti ematomi, nè emorragie secondarie nemmeno dopo ripetute iniezioni. A questo proposito c'è da notare che il Knauer fece in un malato senza averne inconvenienti fino a 22 iniezioni endocarotidee di arsenobenzolo.

L'angiografia cerebrale percutanea è stata praticata dall'A. in 16 casi (10 di tumore cerebrale, 2 di epilessia, 2 di aneurisma della carotide interna, 2 di arteriosclerosi cerebrale). L'esito dell'indagine fu buono in 10 casi, insufficiente in 2 e nullo in 4. Il risultato nullo si ebbe per quantità troppo scarsa di thorotrast (la quantità di adoperare è di 8 cc.) e quello nullo si ebbe due volte per aver iniettato la carotide esterna invece della comune.

L'iniettare il thorotrast nello spazio periarterioso, come è successo qualche volta, non dà inconvenienti, perchè il liquido scende nel mediastino senza creare disturbi. Un solo incidente è registrato dal Tornbull, il quale vide un attacco di sincope per stimolazione del seno carotideo, per cui egli consiglia di praticare l'infiltrazione novocainica della regione.

L'angiografia per via percutanea rappresenta indubbiamente un miglioramento e una semplificazione della tecnica che diventa alla portata di tutti i medici e non richiede più un intervento chirurgico, come è la ricerca e l'isolamento della carotide a cielo scoperto, e si può praticare in un qualsiasi gabinetto radiologico senza bisogno di una sala operatoria. L.

DIVAGAZIONI

Paracadutisti combattenti.

V. A Cortese ha fatto su questo argomento una comunicazione all'Accademia Medica Lombarda il 30 gennaio 1942 (*Atti dell'Accademia medica lombarda*, 2 maggio 1942), cominciando col dire come si diventa paracadutisti.

Dopo fatta la domanda di essere accolto fra i paracadutisti ed essere stato sottoposto ad una visita medica sommaria che lo riconosca, grosso modo, adatto, il militare è inviato ad un istituto medico-legale militare per le prove psicotecniche e la visita medica accuratissima che decideranno se possa fare il paracadutista o no. La visita medica è accuratissima, perchè riguarda l'esame degli occhi, dell'orecchio, del naso, della gola, del cuore, dei polmoni e del sistema nervoso. Ogni apparato è visitato da uno specialista, il quale scrive la sua relazione ad insaputa degli altri specialisti. Se le relazioni sono tutte favorevoli il candidato è sottoposto ad alcune prove speciali, dopo le quali, se è riconosciuto idoneo, è inviato al Campo e ammesso alla Scuola.

Qui comincia col fare ginnastica. Dapprima solo esercizi di preatletica leggera secondo un programma prestabilito, con 8 ore al giorno di lavoro. Il corso di istruzione dura 45 giorni, durante i quali si fanno anche esercizi di ginnastica svedese. La ginnastica ha lo scopo di dare al futuro paracadutista quell'elasticità che gli consentirà un atterraggio in buone condizioni. Questo è necessario, perchè il paracadutista in guerra ha lo scopo di iniziare un'azione di guerra appena giunto a terra e non quello di salvarsi soltanto dall'aeroplano. Per di più l'arrivo a terra non è mai dolce e richiede appena toccata terra una capovolta, che verrà fatta in avanti o in dietro o di fianco, secondo i casi.

Prima di giungere al lancio l'allievo deve sottoporsi a varie prove. Comincia col salto libero dall'alto (20 metri) su telo. Vengono poi la discesa obbligata sulle funi distese, il salto da un trampolino alto 6 m., il trascinamento forzato a terra e il salto dalla porta della carlinga di prova.

Tutti questi esercizi sono fatti con o senza imbragatura. Inoltre l'allievo deve conoscere bene il paracadute e deve saperlo piegare adeguatamente, perchè una cattiva piegatura può non far aprire il paracadute con conseguenze gravissime.

Durante il lancio si hanno dei fenomeni psico-fisici sull'organismo dei paracadutisti. Il primo di essi è la paura del vuoto, che è accompagnata, prima del lancio su telo, da bradicardia, pallore, leggero offuscamento del sensorio, a volte tremore. Se queste manifestazioni sono molto imponenti si ha l'impossibilità di compiere il salto e l'allievo è eliminato dalla scuola. Superata la paura, e compiuto il salto nel vuoto, si ha subito dopo l'arrivo euforia controllabile, tachicardia e senso di disorientamento seguito però da rapida ripresa.

Al salto su telo si fa seguire il lancio con paracadute frenato. Superato anche questo si fa fare un volo di ambientamento e andato bene anche questo si fa fare il volo con allievi in attesa di lanciarsi.

Avuto il via dal direttore di lancio, l'allievo lascia l'apparecchio con uno slancio energico obbliquo in avanti e in alto. La velocità che ha con sè viene annullata dalla resistenza dell'aria, per cui la discesa comincia da fermo. La parabola discendente ha inizio sulla porta della carlinga e, passando sotto il piano di coda, giunge al suolo a 150 m. circa a destra della proiezione dell'aereo al momento del lancio. Dopo 2-3'' di discesa il paracadute si apre automaticamente e il paracadutista ha la sensazione di essere bruscamente portato in alto e riacquista completa la lucidità mentale. Arrivato a terra fa la necessaria capovolta.

L'arrivo a terra può provocare delle lesioni traumatiche e precisamente fratture, lussazioni, distorsioni e contusioni.

Fra le fratture quella tipica del paracadutista è la frattura isolata del malleolo esterno, che è anche la più frequente (40 %). Seguono poi in ordine di frequenza la frattura completa della gamba, del polso, dell'omero, del gomito. La lussazione più frequente è la scapolo-omerale, varietà anteriore, e poi quella del gomito.

Le distorsioni interessano pel 25 % il collo del piede e il polso.

Le contusioni più comuni sono al gomito, al viso, al torace e poi, più raramente all'addome. L.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

Le Malattie dell'Egitto e del Sudan. Delegazione del Comando Supremo in Africa Settentrionale. L'Alto Consulente Sanitario. Tipo-litografia del Comando Superiore delle Forze Armate della Libia.

Il Comando Supremo ha avuto la felicissima idea di arricchire la collezione delle sue pubblicazioni specialistiche ad uso degli ufficiali combattenti e metropolitani, affidando alla grande competenza del suo Alto Consulente Sanitario (Generale Aldo Castellani) la complicazione di un manuale, non voluminoso, a esposizione semplice e chiara, facile a consultare su qualsiasi argomento — in una parola essenzialmente pratico — sulle malattie dominanti in territorio Egiziano e Sudanese, il che significa sulle malattie tropicali e subtropicali africane.

Ho letto in questi giorni quasi integralmente questo libro di 357 pagine, stampato a caratteri nitidi e arricchito di alcune figure schematiche assai dimostrative, con un indice alfabetico che può dirsi completo, con pochissime sviste od errori di stampa, cosa oggi eccezionale nelle nostre pubblicazioni scientifiche. È da augurarsi che ne abbiano stampate alcune copie in carta più resistente.

Volendo formulare subito un giudizio complessivo, posso dire che a mio avviso lo scopo cui tendevano le Autorità che hanno voluto questa pubblicazione e l'Autore, è stato pienamente raggiunto. Vi si trova tutto quello di essenziale che può essere desiderato da un medico coloniale abbandonato a se stesso, e vi si trova molto poco di quello che allo stesso medico non serve.

È un libro che non può essere scritto in base ad una cultura semplicemente teorica: è un estratto concentrato, depurato e chiarificato di una lunga e vastissima esperienza personale, che affiora quasi ad ogni argomento trattato.

Per quanto semi-anonimo, è un lavoro di cui il prof. Castellani può trarre vanto perchè non so quanti avrebbero potuto scriverlo in ugual modo.

La divisione della materia è dettata da criteri pratici. Si susseguono: *malattie interne, malattie epidemiche tropicali, malattie degli organi dei sensi, malattie cutanee, malattie veneree, malattie chirurgiche.* Sono trattate anche le *malattie da morso di animali velenosi*.

Per le malattie epidemiche sono aggiunte per esteso le disposizioni profilattiche sancite dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica, sopratutto nei riguardi del traffico marittimo.

Per ogni singola malattia è data una molto breve descrizione della natura, distribuzione geografica, etiologica, modo di trasmissione, anatomia patologica. La sintomatologia e le diagnosi differenziali sono, invece, estesamente trattate e così pure, se non più, la terapia e la profilassi. Vorrei dire che la parte più utile ed originale di questo manuale, sta nella minuta e precisa indicazione delle norme terapeutiche, con un ricettario dettagliato ove sono anche suggeriti i sostituti dei medicamenti di difficile ritrovamento che oggi sono morti.

In complesso questo manuale rappresenta il più prezioso vade-mecum del medico militare in Africa ed è da augurarsi che in tempi non lontani possa essere ristampato con veste migliore e con l'aggiunta di buone figure di malati, sopratutto di affezioni esterne. È pure da sperare che oggi venga distribuito ampiamente tra i giovani medici, anche se comandati in territori europei: costituirà per tutti questi colleghi, di ancor scarsa esperienza clinica in generale, un insegnamento assai utile che varrà in molti casi a suscitare un particolare interesse — che potrà dare poi i suoi frutti — per questo campo così attraente della patologia nel quale sono numerosi i settori tuttora scarsamente esplorati.

G. VERNONI.

(1) **Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.**

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA

La trombosi nell'arteriosclerosi delle estremità.

L'albero arterioso si mantiene in buono stato fino a 25 anni. È a partire da questa età che comincia il deterioramento delle arterie che lentamente determina una serie di disturbi la cui natura ed intensità è in rapporto con la costituzione individuale. Tuttavia le enormi riserve naturali consentono ai tessuti ed agli organi una funzione regolare reagendo con meccanismi di adattamento alla progressiva riduzione del calibro e dell'elasticità delle arterie, prodotta dal processo sclerotico. Solo con il tempo si ha una manifesta perdita del vigore fisico e mentale specie negli ultimi anni della vita.

Anche la sintomatologia grave dell'arteriosclerosi, come la claudicazione intermittente e la gangrena delle estremità, suole manifestarsi gradatamente. Ma in alcuni casi, come quello della trombosi, i segni dell'arteriosclerosi possono presentarsi improvvisamente senza alcuna sofferenza che attesti l'esistenza dell'alterazione vasale.

Telford e Simmonds (*Brit. Med. Jour.*, 1941), hanno studiato 19 casi di trombosi delle estremità, 17 delle inferiori e 2 delle superiori. I pazienti avevano in media 53 anni ed erano 16 uomini e 3 donne.

Il sintoma più impressionante fu il dolore intenso e improvviso al polpaccio, seguìto da claudicazione e da raffreddamento della parte.

In genere tutti i pazienti migliorarono gradatamente a seguito del ristabilimento della circolazione collaterale.

Dal punto di vista anatomo-patologico si constatò un trombo situato su un'ulcera ateromatosa dell'intima.

È interessante non confondere il dolore con quello dato dal reumatismo, dalla distrazione muscolare. Per altro la diagnosi differenziale va posta con l'embolia, per la quale parlano i precedenti cardiaci del paziente, la maggiore drammaticità dell'attacco nonchè la produzione della gangrena favorita dall'occlusione più estesa e dal blocco dei vasi della circolazione collaterale. La tromboangioite si differenzia perchè di solito si presenta in soggetti più giovani, per il suo decorso più cronico e per i precedenti di flebite migrante.

Per la cura più che la posizione orizzontale o elevata degli arti è indicata quella declive. Questa posizione, a differenza delle altre, non produce l'ischemia dell'arto. Neppure le applicazioni di calore sembrano vantaggiose.

Qualora i sedativi ed i vaso-dilatatori non calmano le sofferenze oppure compaiono disturbi trofici, è raccomandabile la gangliectomia lombare, che in alcuni infermi ha prodotto un miglioramento notevole. DR.

Il massaggio fisiologico delle arterie nella terapia dei disturbi circolatori degli arti.

Il massaggio fisiologico meccanico sulle arterie, che si esercita nei punti articolari o in quelli che più sono sottoposti a movimento, dice A. Gagna (*Boll. e Mem. Società Piemontese di Chirur.*, vol. XII, fasc. 1, 1942) ha una azione favorevole sulla parete arteriosa come si è visto istologicamente comportarsi differentemente la media nei vari punti: l'atrofia del tessuto muscolare e sopratutto il deposito di sali di calcio è maggiore, ad es., nella femorale nelle sezioni dell'arteria che corrispondono al canale di Hunter, nelle tibiali e plantari, mentre è minore nella poplitea all'interlinea articolare, nella tibiale post. in corrispondenza della doccia calcaneare, nella pedidia e nelle arterie metatarsee e plantari. Queste osservazioni sono state fatte nella gangrena diabetica. Il movimento impedisce il ristagno della linfa nella media e con esso l'imbibizione e l'edema, che sono i fattori principali che facilitano la deposizione dei sali di calcio. La spiegazione di questo diverso comportarsi dell'arteria di fronte al depositarsi dei sali di calcio è, secondo Obendorfer, che le sezioni sottoposte a frequenti movimenti ricevono una specie di massaggio che attivando la circolazione linfatica e quindi la nutrizione delle pareti vasali impedisce il depositarsi dei sali calcarei.

Sulla base di queste osservazioni l'A. ha portato in campo pratico l'applicazione del massaggio arterioso in ammalati con fenomeni attribuibili a lesioni nervose, endoarterite giovanile, gangrena diabetica, claudicatio intermittente, disturbi circolatori di origine luetica. Dapprima sono stati usati i bagni di acqua comune o salata, alternando il caldo col freddo; in seguito si è visto che l'iniezione ripetuta parecchie volte nella giornata di nitrito di sodio e trinitina serviva ancora meglio allo scopo. Queste due sostanze sono molto attivamente vasodilatatrici; e successivamente terminata la loro azione si aveva una vasocostrizione. Da due anni l'A. usa un nuovo sistema di massaggio fisico con la compressione segmentaria arteriosa a mezzo di un bracciale pneumatico; talvolta associando a questo le iniezioni di trinitrina e nitrito di sodio. I risultati clinici ottenuti sono stati soddisfacenti.

BENDANDI.

Nuovi punti di vista nella cura della claudicazione intermittente.

La *claudicatio intermittens* è il sintomo doloroso improvviso di un insufficente afflusso di sangue richiesto dal lavoro muscolare e può essere prodotta da qualsiasi fattore che ostacoli l'afflusso stesso: si tratta sempre di al-

terazioni locali infiammatorie o degenerative delle pareti vasali. Si hanno 3 gruppi di malati, a seconda che gli attacchi dolorosi insorgano saltuariamente, di solito per l'esposizione all'umido, al freddo o a sforzi prolungati, oppure compaiano già dopo brevi strapazzi ma cessino col riposo, od infine si manifestino costantemente dopo 50 o 100 passi e possono durare a lungo anche nel riposo.

La causa risiede nell'arteriosclerosi con o senza trombosi secondaria, e la cura dev'essere adattata all'intensità del disturbo e all'età del malato; nelle forme gravi occorrono la degenza in letto e l'applicazione locale di riscaldamento indiretto, ecc.

Di recente la terapia medicamentosa dei disturbi locali di circolazione si è arricchita di un mezzo superiore a tutti gli altri grazie all'intenso aumento di irrorazione sanguigna che si provoca mediante gli ormoni sessuali che dilatano i vasi terminali, liberando acetilcolina nei tessuti. Nell'uomo si usano il *Testoviron* e il *Progynon* associati, iniettando il 1° giorno 10.000 U.I.B. di progynon B oleosum e 25 mmg. di Testoviron e per altri 5 giorni la stessa dose di progynon, il 10° giorno si danno 50.000 U.I.B. di progynon B ol. forte e 25 mg. di Testoviron; il ciclo si può ripetere dopo 14 giorni. Con questo procedimento M. Ratschow (*Dtsch. med. Wschr.*, n. 21, 1940) è riuscito a liberare dai disturbi anche malati gravi di claudicazione intermittente; la ripresa dell'attività muscolare deve essere lenta e dosata, facendo giorno per giorno esercizi graduali, che non devono provocare attacchi dolorosi; i casi leggeri si possono curare ambulatoriamente. È raccomandabile di provare anche la somministrazione perorale degli ormoni. Contemporaneamente si deve osservare l'astinenza dal fumo e una dieta ricca d'idrati di carbonio e povera di carne. Una cura razionale ed energica fatta per tempo può prevenire le pericolose complicazioni della necrosi e della gangrena. F.

Cinquanta casi di flebiti curati con l'infiltrazione del simpatico lombare.

Alla concezione classica della patogenesi delle flebiti che poneva in primo piano le lesioni dell'endovena e il processo di trombosi, cui ascriveva tutti i sintomi flebitici (dolore, edema, impotenza funzionale ecc.), il Leriche ha opposto, con una serie di ricerche negli animali, una nuova concezione che attribuisce la maggior parte della sintomatologia flebitica ad una alterazione e irritazione del simpatico venoso, dovuta alla trombosi e avente come conseguenza un venospasmo riflesso. Per interrompere tale riflesso bisogna bloccarne le vie, interrompendo la catena lombare del simpatico; una interruzione temporanea di questa si può ottenere ottimamente con l'infiltrazione novocainica, che può essere ripetuta ogni giorno anche per molto tempo.

Questa infiltrazione novocainica del simpatico lombare, di tecnica abbastanza facile e scevra di gravi pericoli, è stata da W. Geisendorf (*Presse Méd.*, 20-23 agosto 1941) applicata in cinquanta casi di flebiti con risultati apprezzabili e cioè rapida scomparsa del dolore, regressioni dell'edema, rallentamento del polso e caduta della temperatura, notevole abbreviamento della durata della malattia.

Soltanto in un caso si è dovuta deplorare la morte per embolia polmonare massiva.

F. T.

VARIA

La sindrome contracettiva.

L'argomento della sindrome contracettiva o comunemente detta del contrabbando alla natura, oltre ad un'importanza fondamentalmente scientifica ha anche un substrato ideale ed umano, politico e sociale. L'anticoncezionismo è stato in tutte le epoche il rullo della distruzione delle civiltà che marciando sul binario della denatalità ha segnato fatalmente il loro baratro. Le civiltà le più antiche sono tutte trapassate ed incenerite tragicamente per opera dello spopolamento causato dal contrabbando alla natura. I trapassi razziali dei popoli vanno di pari passo col tramonto del loro dominio.

Dilagato in tutta Europa ed al di là dell'Atlantico il maltusianesimo con la sua degenerazione neo-maltusiana, le così dette civiltà democratiche ebbero a soffrire oltrechè la tragedia dello spopolamento anche quella del corpo e dello spirito. Alla crisi delle razze subentrò contemporaneamente la crisi dei popoli. Mentre oggi i popoli giovani, numerosi e compatti, combattono la loro grande guerra contro popoli tarati e decaduti moralmente e socialmente.

È necessario che il problema anticoncezionistico venga sempre più supervalutato e conosciuto tra la massa, che penetri nelle coscienze dei popoli facendo capire il pericolo a cui corrono le generazioni. La guerra dilaga ovunque brucia e distrugge uomini e cose, semina i suoi vuoti producendo delle vere e proprie lacune demografiche. Anche la scienza non deve restare assente di fronte al grande problema che il popolo italiano ha affrontato ed affronta con tenacia e costanza. Occorre che si tracci la via per accrescere quanto più si può il numero dei nati sotto la spinta dinamogena della razza ariana. Anche la Chiesa con le leggi della morale cristiana ha sempre condannato l'anticoncezionismo. Il sommo Pio XI della sua enciclica su « Casti Connubi » dice: Qualsivoglia uso del matrimonio in cui per la umana malizia l'atto sia destituito dalla umana virtù procreatrice va contro la legge di Dio e della natura ». Di fronte al neomaltusianesimo, che gravi tragedie arreca fra i popoli, la scienza vera op-

pone la prova indiscutibile dei gravi danni e malattie che determinano le pratiche del contrabbando alla natura. Le leggi biologiche si sono d'altronde interessate direttamente a provare l'errore grave di certe pratiche del contrabbando umano: l'anticoncezionismo è venuto cadendo da sè stesso: i popoli che lo hanno usato ed abusato sono gli stessi che crollano fatalmente. Il regresso delle nascite è il crollo dei popoli. Alfredo Cucco dell'Università di Palermo ha il pregio indiscutibile tra noi d'avere studiato, coordinato e diffuso anche all'Estero, attraverso numerose pubblicazioni e conferenze le conseguenze patologiche delle pratiche anticoncezionali inquadrandole nel problema demografico razziale italiano. Le alterazioni organiche conseguenziali alle pratiche contracettive sono state finora illustrate con visione unilaterale, direi quasi a compartimento stagno, il che è valso a difficoltare l'indispensabile comprensione unitaria di tutta la sintomatologia ed a ritardarne l'impostazione della sindrome integrale. Ognuno dei cultori delle varie specialità ha messo in evidenza gl'innumerevoli danni dell'anticoncezionismo: neurologi, ginecologi, urologi, rinoiatri, con visione se non sommaria sicuramente frammentaria.

I gravi disturbi che la frode coniugale da « amplexus interruptus » può portare al sistema nervoso ci sono abbastanza noti. Mingazzini ha illustrato alcuni casi aggravati di frenastenia. Kraft Ebing stati di nevrastenia, Freud nevrosi angosciose. Infinite tragedie del subcosciente sono da riportarsi a pratiche anticoncezionali. Quante volte i sogni non agiscono come veri liberatori di un'intima tensione!

Astenia notevole, insonnia, facile irritabilità, stati ansiosi, melanconia, apatia, sono facilmente osservabili in conseguenza di tali pratiche. Sono state messe in evidenza anche alterazioni dell'olfatto, riniti vasomotorie. Tutti questi perturbamenti sono un prodotto quasi naturale della mutazione del ritmo normale della vita.

Noi sappiamo infatti che ogni intralcio al normale meccanismo vitale porta cambiamenti nella costituzione chimica delle complesse reazioni biochimiche ormonali. L'attività del sistema nervoso in tutta la sua poliedrica funzione è sotto lo stimolo incessante dei prodotti elaborati dalle ghiandole endocrine.

Queste sostanze ormonali agiscono in qualità di regolatori del metabolismo armonizzante le molteplici forze organiche in un equilibrio dinamico fisiologico. Da ciò si deduce quale enorme valore assumono il sistema nervoso e la costellazione ormonica nel mantenere in giusta linea l'organismo. L'impedimento del normale svolgersi della funzione di uno dei due sistemi della vita portano al perturbamento dell'altro sotto l'azione dei vari meccanismi riflessi. La turbolenza degli istinti porta delle gravissime conseguenze a carico dell'organo della vista. Mackenzie, Gibbon, ne hanno rilevato tra i primi l'interferenze tra organi sessuali e vista.

Cucco ha trattato per il primo tutte le particolari manifestazioni patologiche oculari in relazioni a pratiche sessuali contraccettive. Ha notato allarmante diminuzione visiva contrassegnata da fasi ricorrenti di annebbiamento oculare, bleforosfasmi, astenopatia, che nei soggetti più predisposti può dare fino a vomito incoercibile, angiospasmi retinici e nei casi più gravi cecità, emicrania semplice ed oftalmica, scotomi scintillanti, fotofobia, ecc. Recenti studi hanno anche potuto stabilire un impressionante rapporto tra anticoncezione abitualmente praticata e tumori ginecologici. Già agli albori di questo secolo un grande ginecologo italiano, Bossi, aveva constatato che « la più alta percentuale di fibromiomi uterini è data dalle donne maritate rimaste sterili o con limitata parità e dalle nubili ». Tata, nella Clinica Ostetrica di Roma, su 1408 donne affette da fibromi uterini trovò che il 77 % di esse erano nullipare o di parità limitata. Parecchi altri AA. hanno potuto stabilire che le donne senza figli hanno percentuale di cancro notevolmente superiore alle donne che hanno goduto i benefici della sana maternità.

L'origine del cancro per causa contracettiva — come scrive Alfredo Cucco (*Amplexus interruptus*, II Ed. Fratelli Bocca, Milano, 1942), — avrebbe nella donna un terribile ben triste significato: laddove non si è voluta permettere la proliferazione santificata dalla maternità, che conduce al miracolo dell'embrione, la natura tradita e defraudata si vendica alimentando con succhi demoniaci un prodotto maligno e divorante in una sovversione di crescenza cellulare e distruggitrice. Di fronte a tutti questi gravi mali sta il vantaggio della maternità per gli effetti biologici e psichici che essa apporta alla donna, per la quale vale la proporzione luminosa e profonda di Mussolini: « la maternità sta alla donna come la guerra all'uomo ». Peraltro la scienza e la Chiesa hanno segnato la traiettoria futura per il problema esistenziale oggi più che mai mentre urgono le insopprimibili necessità biologiche degli individui e delle razze.

Palermo, dicembre 1942-XXI.

ALFREDO CERAMI
Medico Ist. Naz. Fascista Prev. Sociale.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

L. CIARROCCHI. *Sulla cura dell apsoriasi con iniezioni intradermiche di autosiero.* Tip. Vannini, Brescia, 1942.

V. ALOI. *Resoconto statistico Ospedale Civile di Catanzaro per gli anni* 1931-1941. Tip. La Tipomeccanica, Catanzaro, 1942.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento corporativo.

Blocco degli onorari.

Il Ministero dell'Interno, Direzione Generale della Sanità Pubblica, comunica che, mentre « con vero compiacimento ha potuto ripetutamente constatare con quale senso di civismo la classe medica italiana esplichi nelle presenti contingenze la propria missione, ritiene di dovere richiamare l'attenzione del Sindacato Nazionale sull'opportunità che venga intensificata la vigilanza di quei pochi professionisti il cui comportamento, difforme da quello lodevolmente seguìto dalla massima parte dei loro colleghi, si appalesi in stridente contrasto con le direttive del Governo, intese ad affermare categoricamente il principio sancito dal R. D. L. 12 aprile 1941, n. 142, concernente il blocco dei prezzi delle merci e dei servizi per tutta la durata dello stato di guerra ».

Ne deriva quindi « l'obbligo di mantenere attualmente ferma la misura degli onorari, considerando che, pur non essendo vietato ai medici di continuare a percepire compensi superiori a quelli fissati dalla tariffa nazionale, sempre che la loro misura venga mantenuta nei limiti degli onorari abitualmente da essi richiesti in epoca anteriore allo stato di guerra, un ulteriore aumento di detti onorari non potrebbe essere effettuato senza violare il suesposto principio legislativo ».

A chiarimento di quanto sopra il Sindacato di Palermo ha invitato i medici ad inviare una dichiarazione scritta riguardante i loro onorari riferentisi alle visite, ai consulti ed alle varie altre prestazioni, senza alcuna variazione in più rispetto agli onorari da loro praticati alla data del decreto sopracitato. In quanto alle varie prestazioni di piccola e di grande chirurgia o delle specialità basterà comunicare che il loro onorario corrisponde al minimo della tariffa nazionale, o al minimo aumentato del 10, 50, 100%, ecc.

A scanso di qualsiasi contestazione in sede di liquidazione di competenze o di repressione di abuso, giusta l'articolo di legge sopracitato, nel caso in cui non verrà fatta dal medico la dichiarazione, saranno applicati gli onorari minimi della tariffa nazionale, se trattasi di medici liberi esercenti. Tali onorari saranno aumentati del 50 per cento, se trattasi di specialisti forniti dell'apposito decreto; del 100 per cento se trattasi di liberi docenti o primari di Ospedali di 1ª e 2ª categoria e del 200 per cento se trattasi di professori di ruolo nella R. Università.

Solo nei casi in cui il medico o il chirurgo terrà nella sala d'aspetto in luogo ben visibile ai clienti la specifica dei suoi onorari, già portati a conoscenza del Sindacato, o quando il cliente ha conosciuto prima del consulto o di un intervento qualsiasi l'ammontare delle prestazioni sanitarie, il Direttorio in caso di controversia applicherà gli onorari convenuti tra medico e cliente.

La cassa di assistenza per i professionisti e artisti.

Il nuovo ente della « Mutualità fascista », accentrerà l'assistenza delle categorie professionali dei professionisti e degli artisti. Mancando spesso una precisata e facile forma di datore di lavoro la ricerca di mezzi per l'assistenza ai professionisti e artisti ha assunto forme diverse e inusitate. Così per i medici si è provveduto attraverso le marche sindacali sui certificati.

È accaduto che per alcuni sindacati non si è potuto, sinora, realizzare nessuno speciale sistema di incasso o di tassazione ed allora si è ricorsi ad una cassa unica confederale, la quale come una paterna cassa familiare distribuisca, caso per caso, ai suoi rappresentanti ancora sprovvisti di casse speciali, i mezzi a sua disposizione, tra i quali unici e principalissimi quelli messi a disposizione del presidente confederale, per questi scopi, dal grande senso di umanità del Duce.

Per le categorie che non hanno una cassa propria, per i casi di più grave bisogno, per le Unioni provinciali, per la più naturale e necessaria assistenza, la Confederazione ha dunque una sua Cassa di assistenza unica confederale.

Fu istituita con il R. D. 14 luglio 1937-XV numero 1484 allo scopo di erogare sovvenzioni temporanee a favore dei professionisti e degli artisti appartenenti a categorie sprovviste di Casse o Enti assistenziali giuridicamente riconosciuti.

La Cassa è suddivisa in 14 Sezioni tra cui una delle infermiere diplomate e una dei veterinari.

Oltre a queste 14 Sezioni esiste la quindicesima del « Fondo comune » alla quale vengono assegnate le elargizioni a favore di professionisti e artisti non compresi nelle precitate categorie, tra cui i medici non iscritti nel Sindacato.

Il Consiglio Direttivo della Cassa è costituito dal Presidente della Confederazione fascista dei professionisti e degli artisti, che assume la carica di presidente della Cassa e da 4 membri. Il Collegio sindacale è costituito da 3 membri effettivi e 3 supplenti.

Ogni Sezione sindacale ha un proprio Comitato esecutivo.

In ogni provincia è istituito, come Sezione della Cassa nazionale, un ufficio provinciale di assistenza presso le Unioni provinciali dipendenti. Detto ufficio istruisce le pratiche, d'accordo con il Segretario provinciale della categoria a cui appartiene il richiedente, e spesso funziona da organo erogante i varii sussidi che dovessero pervenirgli dal centro.

I proventi della Cassa sono determinati da un contributo annuo che la Confederazione mette a disposizione di essa, tanto per l'assistenza temporanea ai rappresentanti e alle loro famiglie, che per l'invio gratuito alle varie Colonie climatiche del Regime, dei figli dei professionisti e degli artisti.

La contabilità generale è suddivisa in modo da fare risultare per ciascuna Sezione gli introiti e le spese. La cassa ha elargito sussidi temporanei nei casi di constatato bisogno, ha contribuito nelle spese per l'invio dei bambini alle colonie climatiche ed ha organizzato un Campo termale a Viterbo per i figli dei professionisti e degli artisti.

Con la costituzione di una Cassa unica di assistenza la Confederazione per prima cosa ha realizzato il concetto della collaborazione fra le ca-

tegorie, attuando la massima economia nelle spese di gestione, senza peraltro esautorare i Sindacati di categoria della funzione assistenziale attribuita ad essi dalla Carta del Lavoro.

Il patrimonio netto della Cassa al 31 dicembre 1941-XX era di lire 1.368.033,65.

INSEGNAMENTO SUPERIORE

Per gli studi universitari nell'attuale periodo.

Con apposita circolare, diretta alle Autorità accademiche, il Ministro dell'Educazione Nazionale, Bottai, dà istruzioni per assicurare il funzionamento delle Università e degli Istituti dell'ordine universitario, nell'attuale periodo di emergenza, in relazione specialmente alle incursioni aeree del nemico sulle nostre città.

Il Ministro richiama, anzitutto, le disposizioni già date per il ricovero in luogo sicuro del materiale scientifico e librario e per il pieno funzionamento delle squadre di primo intervento, che possono svolgere opera preziosa, come l'esperienza ha dimostrato, per impedire o limitare i danni.

Il Ministro accenna anche alla possibilità che talune Facoltà o Istituti siano provvisoriamente allogati in altre località prossime alla sede, qualora lo spostamento sia riconosciuto indispensabile in conseguenza dei danni subiti dagli edifici da essi occupati. Nella sede rimarranno in ogni caso il Rettorato con la direzione degli uffici amministrativi.

Il Ministro consente, poi, che, in caso di necessità, nelle sedi colpite dalle incursioni nemiche, le Autorità accademiche provvedano a un concentramento degli orari e dei programmi, in modo tuttavia da salvaguardare la serietà degli studi, e curino che le dispense e le altre pubblicazioni, di cui si giovano gli studenti per la immediata preparazione agli esami, siano pubblicate con anticipo rispetto ai termini di uso, allo scopo di dare agli studenti la possibilità di integrare più agevolmente gl'insegnamenti che abbiano ricevuti in misura ridotta dalla viva voce degli insegnanti.

Per gli studenti che chiedono il trasferimento ad altra Università o ad altro Istituto, in base alla comune norma regolamentare che consente il rilascio del foglio di congedo anche dopo il 31 dicembre, per gravi motivi, il Ministro raccomanda che il disbrigo delle relative pratiche sia effettuato con ogni sollecitudine, e consente che l'Università o Istituto presso il quale lo studente proveniente da sede colpita da incursioni nemiche intenda trasferirsi, lo iscriva su semplice richiesta, salvo a regolarizzare la situazione appena sia giunto il foglio di congedo dall'Università o Istituto di provenienza.

Indipendentemente dal normale trasferimento, il Ministro autorizza che gli studenti, pur restando iscritti presso la loro Università o il loro Istituto, si trasferiscano temporaneamente presso altra Università o altro Istituto, quali uditori. In questa ultima sede essi seguiranno i corsi e le esercitazioni e dovranno ottenere la relativa attestazione di frequenza per poter presentarsi agli esami, che dovranno sostenere, con il necessario carattere di serietà, presso l'Università o Istituto di provenienza.

CONCORSI

Posti vacanti.

CATANZARO. *Amministr. Provinc.* — Vice direttore dell'Ospedale psichiatrico provinciale in Girifalco; stip. iniziale L. 13.754,85 aumentabile a L. 20.632,50 in cinque successivi quadrienni, aggiunta di famiglia, alloggio personale, vitto di prima classe. Scad. ore 12 del 15 gennaio. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

RICOMPENSE AL VALOR MILITARE

concesse ad ufficiali del Servizio sanitario dell'Esercito.

Medaglia d'argento: Colecchia Ubaldo fu Giuseppe e di Marocco Maria, da Calvi Risorta (Salerno), sottotenente medico 31° reggimento fanteria carrista:

« Ufficiale medico di un battaglione carri « L » chiedeva insistentemente di seguire il reparto, prendendo posto quale capo-carro. Durante giornate di aspro combattimento si distingueva per la sua audacia, per le sue altissime virtù militari e per l'efficacia del tiro delle mitragliatrici da lui stesso impegnate. Colpito il carro da micidiale fuoco nemico, ne usciva col pilota nel vano tentativo di rimetterlo in movimento. Nonostante avesse riportato leggere ferite al viso e scottature alle mani, apprestava con mirabile slancio, sotto l'infuriare dei colpi nemici, le prime cure ai carristi feriti ». Bivio Kalilaki, 3 novembre 1940-XIX.

Medaglia di bronzo: maggiore medico Pietro Maggio; sottotenenti medici Lorenza Artuso, Pietro Borgonovo, Giulio De Pasquale, Salvatore Pandozy, Mario Tenacci.

Croce di guerra: capitani medici Alberto Milella, Rocco Polestra; tenenti medici Michele Cappelli, Vincenzo Caserta, Paolo Denza, Carlo Fedeli, Giuseppe Fibbi, Domenico Lazzaro, Enzo Marcer, Antonio Musso, Carlo Quargnolo, Enrico Via; sottotenenti medici Corrado Masseri, Giuseppe Simeoni, Renato Tappati, Antonio Tomaselli.

Il prof. Gaetano Boschi, il noto neurologo ferrarese, è nominato ordinario di Clinica neuropsichiatrica nell'Università di Modena, in base all'art. 81 del R. U., quale « maestro insigne della materia ». Nell'occasione ricordiamo i pregevoli studi del Boschi sulla circolazione del liquido cefalo rachidiano, dai quali è derivata la cura diacefalorachidiana.

All'illustre clinico e scienziato le più cordiali congratulazioni.

l. p.

In occasione del 75° anniversario della Società tedesca della chimica il presidente, prof. Richard Kuhn, ha nominato quattro nuovi membri onorari, tra cui il prof. Pietro Rondoni di Milano.

La R. Accademia di farmacia di Madrid ha nominato accademici corrispondenti i proff. Remo De Fazi e Italo Simon, rispettivamente preside della Facoltà di Farmacia e direttore dell'Istituto di Farmacologia dell'Ateneo pisano.

NOTIZIE DIVERSE

Congressi e convegni

La Società svizzera di gastro-enterologia si adunerà a Basilea in aprile e discuterà il tema: « Le sequele della colecistectomia »; una relazione di fisio-patologia sarà presentata dal dott. G. F. Bonnet, Vichy; una relazione clinica e terapeutica dal prof. Henschen, Basilea in collaborazione dei suoi allievi. Segreteria: boulevard des Philosophes 26, Genève, Svizzera.

Appello straordinario di esami per le universitarie infermiere e allieve infermiere della C.R.I.

Il Ministero dell'Educazione Nazionale ha disposto che sia effettuato un appello straordinario di esami universitari nel prossimo febbraio per alcune categorie di studenti. All'appello straordinario potranno essere ammesse anche le studentesse infermiere o allieve infermiere della Croce Rossa Italiana che abbiano prestato servizio negli ospedali del Regno, per la durata di almeno tre mesi, nel periodo di tempo compreso tra l'inizio dell'anno accademico 1941-42-XX e la chiusura dei normali appelli della relativa sessione autunnale di esami.

Azioni giudiziarie.

Nell'agosto 1932 il chirurgo A. D. eseguì a Roma un intervento per fatti abortivi, a domicilio della paziente; ma, invece di afferrare un residuo placentare, estrasse dall'utero un'ansa intestinale. Egli ordinò l'immediato ricovero in ospedale, ove la paziente venne subito operata ma decedette dopo due giorni. Istruitosi processo penale contro il chirurgo, egli venne condannato dal Tribunale per negligenza, avendo operato senza il sussidio di un adeguato tavolo operatorio e senza luce sufficiente; ma venne assolto dalla Corte d'Appello per insufficienza di prove, sussistendo il dubbio — sulla scorta della perizia, necroscopica — che l'utero si fosse già rotto qualche giorno prima dell'intervento, in quanto la signora era caduta da bicicletta; al trauma erano anche seguiti i sintomi di aborto. Gli eredi della defunta proposero ancora un'azione civile per risarcimento di danni; ma tale azione fu dichiarata inammissibile per preclusione derivante dal giudicato penale. Avverso la sentenza della Corte d'appello gli eredi proposero ricorso alla Cassazione la quale annullò la precedente decisione, rinviando la causa per nuovo esame ad altra Corte; il supremo collegio considerò ammissibile la presunzione di colpa da parte del chirurgo, al quale spettava l'eventuale prova liberatoria. In sede di rinvio, la Corte d'Appello rivendicò a sè il giudizio e ritenne raggiunta la prova liberatoria. Hanno ricorso nuovamente in Cassazione gli eredi; ma il Procuratore Generale ha concluso per il rigetto del ricorso. (Dal « Giorn. d'Ital., 9 genn. 1943)

Un po' dovunque.

Il prof. Giorgio Tron di Milano, invitato dall'« Unione dei medici funzionari svizzeri », tenne al congresso di Lugano dello scorso ottobre una relazione sulla « Vaccinazione antidifterica in Italia » e, invitato dalla Società medica di Ginevra, tenne in questa città una conferenza sulla « Vaccinazione per via orale contro le febbri tifoidi », ricordando quanto viene attuato dalla nostra Direzione generale della sanità pubblica.

Una Fondazione per deboli di mente in Olanda, a 's-Hertogenbosse, col 26 novembre ha compiuto il suo 500° anno di esistenza.

Il Federale di Genova ha tenuto rapporto ai medici professionisti iscritti all'albo e ne ha elogiato l'opera.

Il dott. Antonio Marchesini di Sabbioncello è stato aggredito da certa Palmira Gagno, che gli rimproverava la propria mancata guarigione; essa era spalleggiata dalla sorella e da tale Baccilleri; è stata arrestata.

La Duchessa di Genova ha visitato i militari degenti al Sanatorio di Sacca Sessola (Venezia), uno dei meglio attrezzati d'Italia.

I giornali recano che in Egitto la situazione alimentare si è aggravata ed è divenuta pressochè insopportabile. Il severo controllo esercitato sui prezzi dalle autorità britanniche, attraverso agenti annonari, ha fatto pessima prova e le reazioni della popolazione sono divenute sempre più vivaci, al punto che taluni agenti, assaliti dalla folla, sono stati ridotti a mal partito. Le autorità britanniche hanno provveduto ad armarli.

Nella farmacia dell'ospedale di Alessandria sono stati rubati da ignoti ladri 53 grammi di cocaina, 241 grammi d'oppio, 450 grammi di novocaina e mille lire dal registratore di cassa; è rimasta intatta la cassaforte (che conteneva parecchie migliaia di lire).

In Pomerania si è accertato la presenza di numerose volpi colpite da rabbia; si è deliberato lo sterminio delle volpi (Zeit. ärztl. Fortbild., 1942, n. 438).

L'Istituto del Reich per la fotografia e la cinematografia applicate alle scienze e all'insegnamento ha prodotto due cortometraggi a colori di operazioni chirurgiche: una esecuzione del taglio cesareo (nella Clinica pediatrica di Berlino) e un intervento sul cranio in ferito di guerra. Le cinematografie a colori nel campo didattico offrono il pregio di una mggiore plasticità.

Gli studenti universitari di popolazione ceca sono stati autorizzati ad iscriversi, per il semestre invernale 1942-43, in qualsiasi scuola superiore tedesca, oltre che nelle Università della Boemia e della Moravia. Il permesso è limitato ad alcune facoltà, tra cui quelle di medicina e di veterinaria. Le domande, su apposito formulario, vanno indirizzate al rappresentante del Führer degli studenti del Reich, presso il Protettore in Praga. La mancanza di mezzi economici non sarà un motivo d'impedimento agli studi.

Il Tribunale di Milano ha condannato il piazzista Luigi De Ambrosis, recidivo, a 8 mesi di reclusione e 1200 lire di multa a certo Luigi Baratelli a 6 mesi e 1000 lire di multa, pene interamente condonate, oltre ai danni e alle spese, quali ricettatori di caffeina, che era stata rubata, in quantità di kg. 2,5, insieme ad altro materiale, durante la notte del 19 febbraio 1943 nel laboratorio della Ditta Truffini Regge e C. di quella città.

A Buenos Aires, mentre il chirurgo dott. Alvarez si accingeva, in un ospedale, a compiere un'operazione su di un bambino già narcotizzato, chiese alla suora Joanna S. di provvedere per una radioscopia; a causa del cattivo funzionamento dell'apparecchio e malgrado la suora calzasse scarpe con suola di gomma, ella venne investita dalla corrente; il chirurgo si gettò con tutto il suo peso sul filo conduttore, riuscendo a staccare la spina, ma venne egli stesso colpito da una scarica e scivolò sul pavimento, fratturandosi la gamba sinistra e riportando varie contusioni al torace; malgrado le sue atroci sofferenze, egli volle ultimare l'intervento, assistito dalla suora, spoventata e tremante. (Dal « Corr. della Sera », 6 gennaio 1933).

Riferimmo di una giovane spagnola, che il medico, a due riprese, dichiarava morta; ma mancavano segni incontrovertibili; l'epilogo si è avuto dopo una visita del delegato provinciale della sanità di Santander, il quale, pur riscontrando la perdurante elasticità muscolare e il colorito vivo, accertò una incipiente decomposizione, per cui autorizzò la sepoltura: dalla morte, che risaliva al 21 novembre, erano trascorsi 12 giorni. (Così il « Popolo d'Italia » del 5 dicembre).

L'industriale comm. Umberto Favarelli, capo dell'Organizzazione omonima, ha consegnato al prefetto d'Imperia la somma di lire 2.100.000, perchè venga erogata a scopi benefici.

Nei nuovi territori annessi al Reich tedesco tutte le pratiche relative ai danni di questa guerra, di quella precedente o per la causa nazionale, devono espletarsi rapidamente. Gl'immigrati e le loro famiglie devono essere esaminati nei riguardi sanitari prima dell'insediamento; l'esame viene compiuto gratis da funzionari sanitari e l'esito dev'essere partecipato entro il termine massimo di 14 giorni .

In Francia la commissione di protezione degli interessi dei medici prigionieri ha fatto appello al corpo medico affinchè concorra all'opera di soccorso verso le famiglie di questi medici, le quali siano in condizioni di bisogno. Si accettano doni in natura (presso il dr. Lefay, boulevard de Labone-Maubourg 60, Paris 7-e) e in denaro (dal dott. François Thiébantu, avenue Bugeaud 8, Paris 16-e).

È deceduto improvvisamente a Milano, in età di 70 anni, il prof. ODDO CASAGRANDI che fu per 27 anni ordinario d'igiene nella R. Università di Padova. Aveva insegnato prima la stessa disciplina nella R. Università di Cagliari, ove era stato anche Preside della Facoltà medica e Rettore. Volontario durante la guerra del 1915-18, gli furono affidati compiti ispettivi generali sui servizi sanitari militari.

Allievo di Celli, ha legato il suo nome alla scoperta della filtrabilità del virus vaccinico, a importanti conoscenze sulle amebe (con Barbagallo) ed a tutta una serie di altre ricerche. Ha diretto il grande « Trattato italiano d'igiene » edito dalla Utet.

Fu uno studioso appassionato ed entusiasta.

È morto a San Sebastian (Spagna) il dottor FERNANDO ASUERO, il cui metodo curativo, consistente nella stimolazione della mucosa nasale, destò molto scalpore alcuni anni or sono.

Indice alfabetico per materie

C. FRUGONI, Red. capo. **A. POZZI, resp.**

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME L — Roma, 18 Gennaio 1943 - XXI — Num. 3

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

POLICLINICO UMBERTO I
V. PADIGLIONE
Primario medico ed aggregato clinico:
Prof. TOMMASO LUCHERINI.

Il liquido cerebro-spinale nelle artropatie croniche.

Dott. ANTONIO PALA, assistente.

Il grande capitolo delle artropatie croniche primarie (degenerative: artrosi, ed infettive: artriti anchilosanti) ha senza dubbio assunto in questi ultimi anni notevole importanza sotto ogni punto di vista.

Mentre certamente, dopo che Fritz v. Müller nel 1913 ebbe chiarito il concetto di artriti e di artrosi, uno spiraglio di chiara luce si riverberava sull'oscuro campo, tuttavia molte ombre ancora oggi velano il problema etiopatogenetico delle croniche artropatie.

Non vi è ricercatore, che si sia occupato di questo capitolo che non abbia fatto delle ipotesi e non abbia tentato una classificazione che riuscisse più semplice e chiara delle precedenti.

I vari sistemi ed organi, oltre al sistema articolare, sono stati sondati dalla ricerca e dalla clinica, nell'intento di potèr chiarire qualche lato del problema e di poter far luce su dati patologici concomitanti all'artropatia o che frequentemente ad essa si accompagnavano.

Così sono stati esaminati e studiati il sangue ed i suoi componenti, la pelle, il ricambio intermedio, le vitamine, le ghiandole a secrezione interna, il cuore dal lato elettrocardiografico, ecc.

A loro volta i sistemi nervoso-centrale ed il vegetativo sono stati chiamati in causa ed esaminati, nelle artropatie croniche, dal lato clinico e dal lato anatomo-patologico, seguendo il filo conduttore di fenomeni sicuramente di origine neurologica che si svolgevano alle volte paralleli ad un quadro di cronica lesione articolare.

E certamente il liquor cerebro-spinale, co-

me indissolubile compagno e protettore del nevrasse della cui sofferenza così spesso si fa eco per simpatia patologica, poteva dare alla ricerca qualche dato interessante.

E l'esame sistematico del liquor nelle artropatie croniche primarie poteva mostrare interesse nei riguardi di due quesiti:

1) esistono alterazioni della composizione chimica e microscopica del liquor in tali forme morbose?

2) se esistono quale importanza si deve dare loro nel quadro delle croniche artropatie?

Infatti:

a) i reperti patologici del liquor sono l'espressione della lesione primitiva del nevrasse cui secondariamente segue l'artropatia?

b) oppure i reperti abnormi del liquor hanno un significato più modesto e potrebbero stare a segnalare il patimento e la compartecipazione del nevrasse al virus o alla causa X che, come produce la lesione articolare, così interessa contemporaneamente il S. N.?

Nel caso *a*) l'importanza delle lesioni liquorali assumerebbe a prima vista una fisionomia speciale, potendosi così porre l'ipotesi di una « neurogenesi » delle croniche lesioni articolari.

Tale problema si è cercato di provarlo in base a criteri clinici od anche anatomo-patologici. E così in molte forme di croniche artropatie primitive sono stati notati l'invasione simmetrica delle articolazioni, i disturbi neuro-trofici dei tessuti in vicinanza delle articolazioni colpite, le iperreflexie e secondo alcuni (Léri) la presenza in un certo numero di casi del segno di Babinski, indice non dubbio di interessamento dei fasci piramidali.

È poi ormai da lunga data che s'invoca la importanza del S. N. nella genesi di alcune artropatie croniche quali la siringomielia, la ematomielia e l'artropatia tabetica.

Dal lato anatomo-patologico Teissier ed altri francesi avrebbero trovato il reperto di ispessimenti delle pie meningi e compromissione delle radici nervose che giustificherebbero, secondo tali ricercatori, l'ipotesi che il nevrasse possa giuocare un ruolo di primaria importanza nella patogenesi delle artropatie croniche.

A sua volta anche il S. N. simpatico è stato chiamato in causa nella genesi di tali forme morbose.

Gley e collaboratori parlano di un « mesocefalo », concezione di ordine fisiologico costituito da tutti i centri superiori del simpatico, l'insieme dei quali si potrebbe chiamare anche « cervello vegetativo ». La sede anatomica del mesocefalo è diffusa, insinuata nel complesso delle formazioni che derivano segnatamente dalla vescicola cerebrale anteriore primitiva e forse anche da quella media. A lui è dovuto la regolazione superiore di tutta la funzionalità dei visceri, sistemi ed elementi dell'organismo.

Correlazioni fisiologiche invitano ad ammettere anche una regolazione simpatica centrale della circolazione linfatica e con ciò una regolazione del trofismo e delle difese di quelle formazioni che Achard ha qualificato come « spazi lacunari » cui apparterrebbero tanto le cavità articolari che gli spazi cefalorachidiani.

Quindi sarebbe logico anche rilevare una solidarietà patologica tra cavità articolari e spazi cefalo rachidiani regolatori inoltre delle difese organiche contro agenti infettivi che eventualmente manifestassero « artrotropismo ».

Alla domanda se vi siano visibili i segni di correlazioni tra patologia del sistema cefalorachidiano e patologia articolare e precisamente se vi siano segni di patimento del sistema nervoso vegetativo in casi di poliartrite cronica, sia infettive che degenerative), in Italia Boschi afferma si possa rispondere di sì, rilevando, per citare qualche esempio, coesistenti turbe schiettamente nervose quali la cefalea, l'epilessia l'isterismo ecc. rilevabili in un certo numero di artropatie.

Certo che la dimostrazione probativa di tale ipotesi è ardua e i criteri clinici e anatomopatologici suesposti a favore di tale tesi non offrono la sicurezza necessaria per essere esenti da critica; nè io certo con il mio studio mi ripromettto di tentare la risoluzione di tale oscuro e delicato problema.

b) Limitandosi invece ad esaminare il liquor al di fuori della ardua teoria neurogena della cronica artropatia l'indagine potrebbe servire a vedere come e fino a che punto il liquido cefalo rachidiano si modifichi in tale forma morbosa; e sarebbe anche interessante tentare di vedere, con esame sistematico del liquor negli artropatici, se è possibile trarne qualche dato o qualche reperto costante utile per un orientamento clinico diagnostico-prognostico della malattia stessa.

Le ricerche intraprese fuori d'Italia a tale scopo avrebbero dato alcuni particolari risultati.

In un lavoro recente di J. Graber-Duvernay e F. Gerbay (*Acta med. Scandinav.*, 1939) sono stati studiati n. 15 liquor in artropatie croniche di cui alcune definite del tipo Charcot, altre a tendenza anchilosante del tipo Still. Gli Autori avrebbero trovato un reperto co-

stante: l'aumento cioè dell'albumina totale da un minimo di 0,40 % ad un massimo di gr. 1 ‰, mentre le cellule nel sedimento si sarebbero contenute nei limiti normali.

Inoltre gli AA., confrontando il variare della quantità dell'albumina tra l'inizio e la fine della cura e il comportarsi della velocità di sedimentazione delle emazie, avrebbero potuto notare che il diminuire del tasso dell'albumina nel liquor costituiva un costante segno favorevole nel decorso della malattia anche in assenza del diminuire della velocità di sedimentazione; al contrario un tasso di albumina non riducibile nonostante i vari tipi di cura (gli AA. insistono nella cronoterapia e sulla crisoterapia) costituirebbe un segno prognostico sfavorevole anche in presenza di una notevole diminuzione della velocità di sedimentazione dei globuli rossi.

Secondo i detti AA. l'aumento del tasso dell'albumina è un reperto costante e costituirebbe anche un valido reperto a scopo diagnostico nei casi dubbi di artropatìa all'inizio.

La diminuzione, durante la cura, del tasso dell'albumina invece costituirebbe un criterio prognostico favorevole di arresto o per lo meno di lunga sosta nella malattia o consiglierebbe una ripresa della crisoterapia.

La glicorrachia nelle ricerche degli AA. surricordati non sarebbe uscita dai limiti normali.

Il mio contributo all'argomento è modesto, per numero; ma scelto fra i molti casi di artropatie croniche di ogni specie venuti all'osservazione nel padiglione del prof. Lucherini, che da lungo tempo ormai si occupa con i suoi collaboratori del delicato argomento, e che mi ha consigliato questo lavoro.

Ho raccolto 11 casi, tra i moltissimi ricoverati, su cui non vi potesse essere dubbio diagnostico dopo una attenta osservazione. I casi sono di artropatie croniche primarie sia della forma infettiva a tendenza anchilosante (poliartrite primaria cronica anchilosante) sia della forma primitiva ipertrofica-degenerativa (osteoartrosi deformante). I casi di artropatie croniche secondarie non sono stati presi in considerazione.

CASO I. — S. Adele, a. 56.

Diagnosi. — Lues, osteo-artrosi cronica primaria deformante delle ginocchia ed anca destra cistocele.

Nove anni fa fu colpita da « artralgie » poco accentuate alle articolazioni tibiotarsiche e delle ginocchia, delle anche senza febbre. Miglioramento apparente con l'elioterapia. Nel dicembre 1939 i dolori ricomparvero e si dimostrarono resistenti a varie terapie tra cui quella chinofenica e salicilica. Da un mese i dolori sono talmente intensi da costringere la malata a letto.

Liquor:

Aspetto:	limpido ed incolore
Senza reticolo	
Reazione di Nonne:	negativa
Reazione di Pandy:	negativa
Reazione di Wassermann:	negativa
Albumina:	gr. 0,18 %
Esame microscopico:	linfociti rarissimi.

CASO II. — B. Giovanni, a. 25.

Diagnosi. — Poliartrite cronica primaria anchilosante.

A 21 anni dolorabilità anca destra, specie durante la stazione eretta; poi dolore e tumefazione al ginocchio sinistro; poi alle articolazioni dei piedi. Si iniziò febbricola costante. Le tumefazioni ed il dolore e l'impotenza funzionale si estesero progressivamente ai polsi ed alle piccole articolazioni delle dita degli arti.

Le radiografie eseguite in ospedale davano: alterazioni articolari riportabili ad un processo artritico cronico con usura delle cartilagini di artrodiali, malacia delle ossa carpali e tarsiche con deformità notevole. Lussazione delle falangi per lesione e distruzione dei legamenti.

La P. L. dava:

Aspetto:	limpido ed incolore
Reazione di Nonne:	negativo
Reazione di Pandy:	negativo
Albumina:	gr. 0,16 %
Curve colloidali: mastice;	mtd. Goebel normali
Reazione Wassermann:	negativa
Esame citologico:	linfociti rarissimi.

CASO III. — R. Bice, a. 34.

Diagnosi. — Osteoatrosi cronica, primaria deformante della colonna cervicale. Radicolo, neurite plesso branchiale sinistro.

Cinque anni fa dolori in corrispondenza della spalla sinistra che scomparvero in seguito ad applicazione di raggi ultravioletti. Nel febbraio 1939 cominciarono dolori nello spazio interscapolo-vertebrale sinistro, dolori intensi che si irradiavano a tutta la spalla, al collo, al braccio omo-laterale senza dispnea, nè febbre. Non si esarcebavano con atti respiratori, solo il pigiamento nelle doccie paravertebrali e sui tronchi nervosi riusciva molesto. Così pure lieve difficoltà nei movimenti della colonna cervicale. L'indagine radiologica mostrava diminuzione del disco intervertebrale tra sesto e settimo corpo. Sia la superficie inferiore della sesta vertebra che la superiore della settima presentavano sui loro margini osteofili, reperto riferibile con ogni verosimiglianza ad un processo degenerativo del disco intervertebrale. Osteofiti si notavano pure nel rimanente ratto della colonna.

La P. L. dava:

Aspetto:	limpido ed incolore
Reticolo	assente
Reazione di Nonne:	lieve opalescenza
Reazione di Pandy:	+
Albumina:	gr. 0,42 %
Reazione del mastice:	curve normali
Reazione Wassermann:	negativa
Esame microscopico:	rari linfociti

CASO IV. — M. Fernando, a. 32.

Diagnosi. — Poliartrite cronica primaria anchilosante.

A 22 anni cominciò ad accusare dolenzia con tumefazioni alle piccole articolazioni delle dita, delle mani e febbre. Nel 1940, ricoverato in ospedale, presentava polsi tumefatti, dolenti e rigidi, dita tumefatte con lieve deviazione ulneare. Idem, gomiti e ginocchia.

La radiografia dei polsi, dei ginocchi presentava artrite cronica di tipo anchilosante dell'articolazione del ginocchio sinistro nonchè delle articolazioni radio-carpiche ed intercarpee dove le piccole ossa sono tra loro quasi totalmente saldate.

P. L.

Aspetto	Limpido	
Albumina mtd. Nissl	gr. 0,20 ‰	
Reazione per le globuline	Pandy	+
	Nonne	+
	Weichbrodt	—
Reazione del mastice mtd. Goebel	$+\ 0_5\ 0_4\ 0\ 0\ 0$	
Glicorrachia	gr. 0,63 ‰	
Azotorrachia	» 0,30 ‰	
Citometria	N. N	
R. W. e reazioni di floculazione	neg.	

CASO V. — B. Sisto, a. 60.

Diagnosi. — Poliartrite cronica primaria anchilosante (tipo Felty).

A 37 anni ha cominciato ad accusare lieve dolenzia all'articolazione scapolo merale sinistra che dopo qualche mese si è diffusa alle ginocchia. Tale sintomatologia dolorosa si è accentuata negli anni successivi e si è mostrata resistente ad ogni terapia. A 45 anni impegno e deformazione successiva delle mani e ginocchio sinistro. Atrofia muscolare nelle zone periarticolari colpite. Notevole splenomegalia.

L'indagine radiografica nelle articolazioni colpite riscontrò un processo artritico cronico, che prendeva, distruggendole, le cartilagini diartrodiali e l'apparato legamentoso. Per la distruzione dei legamenti si notavano anche sublussazioni.

P. L.

Aspetto:	limpido
Albumina mtd. Nills	gr. 0,20 ‰
Reazione per le globuline	Pandy —
	Nonne —
	Weichbrodt —
Reazione del Mastice Goebel	$0_5\ 0_4\ 0_3\ 0_1\ 0\ 0$
Cloruri	gr. 7,60 ‰
Glicorrachia	» 0,75 ‰
Azotorrachia	» 0,56 ‰
Citometria	n. n.
R. W. e reaz. di flocculazione	neg.

CASO VI. — M. Antonietta, a. 56.

Diagnosi. — Osteoartrosi primaria, ipertrofico degenerativa, generalizzata.

Da 5 anni dolore gravitivo a carico della coscia sinistra più accentuato nella deambulazione. In seguito l'arto inferiore sinistro si è accorciato ed impedì la deambulazione. In seguito dolori, tumefazione e deformazione delle ginocchia e della colonna vertebrale.

L'esame clinico e l'indagine radiografica fatta in ospedale confermavano una lesione articolare del tipo deformante delle articolazioni in parola.

P. L.

Aspetto	limpido
Albumina mtd. Nissl	gr. 0,10 ‰
Reazione per le globuline	Pandy neg.
	Nonne neg.
	Weichbrodt neg.
Reazione mastice - metodo Goebel	$+\ 0_5\ 0_4\ 0_1\ 0\ 0$
Cloruri	gr. 7,60 ‰
Glicorrachia	» 0,90 ‰
Azotorrachia	» 0,49 ‰
Citometria	n. n.
R. W. e flocculazioni	negative

CASO VII. — T. Mario, a. 32.

Diagnosi. — Poliartrite cronica primaria anchilosante del tipo rizomelico con impegno delle articolazioni della colonna cervicale.

A 25 anni blenorragia con orchite sinistra guarita in 2 mesi .A 30 anni dolori alle articolazioni sterno-clavicolari, scapolo-omerali e delle anche. Progressivamente diminuzione della motilità delle articolazioni colpite. Da circa 6 mesi dolori e limitazione dei movimenti della colonna vertebrale.

P. L.

Aspetto	Limpido
Albumina mtd. Nissl	gr. 0.15 ‰
Reazione per le globuline:	Pandy —
	Nonne —
	Weichbrodt —
Reazione del mastice mtd. Goebel	000000
Glicorrachia	gr. 0,66 ‰
Azotorrachia	» 0,31 ‰
Citometria	n. n.
R. W. e reaz. di flocculazione	neg.

CASO VIII. — C. Augusto, a. 32.

Diagnosi. — Poliartrite cronica primaria anchilosante.

A 25 anni inizia dolenzia e tumefazione al collo del piede che due anni dopo si propaga al ginocchio sin. A 32 anni dolenzia delle articolazioni metacarpo-falangee ed interfalangee; deformità delle dita e limitazione dei movimenti. In seguito tumefazione e dolore al ginocchio destro.

L'indagine radiografica mostra lesioni gravi a tipo anchilosante specie nelle articolazioni carpali e delle dita.

P. L.

Aspetto	limpido
Albumina mid. Nissi	gr. 0,20 ‰
Reaz. di Pandy per globuline	neg.
Reaz. di Nonne per le globuline	neg.
Reazione di Weichbrodt	neg.
Reazione del mastice mtd. Goebel	$0_5\ 0_4\ 0_2\ 0\ 0\ 0$
Azotorrachia	gr. 0,35 ‰
Glicorrachia	gr. 0,60 ‰
Citometria	n. n.
R. W. e reaz. di flocculazione	negative

CASO IX. — P. Rosa, a. 30.

Diagnosi. — Poliartrite cronica primaria anchilosante.

A 28 anni tumefazione, abbastanza rapida, dell'articolazione delle ginocchia, gomiti, radiocarpiche, tibio-tarsiche con dolori, febbre a tipo remittente e impotenza funzionale. Negatività della cura salicilica e vaccinica (antigonococcica). Le ar-

ticolazioni rimasero tumefatte dolenti e fisse in atteggiamento di semiflessione.

Cuore indenne. Esame radiografio: fu riscontrata una riduzione delle interlinee delle varie articolazioni riferibili ad un processo di artrite cronica di tipo anchilosante.

P. L.

Aspetto	limpido
Albumia mtd. Nissl	gr. 0,15 ‰
Reaz. per le globuline	Pandy —
» » »	Nonne —
» » »	Weichbrodt —
Reaz. del mastice mtd. Goebel	$0_3\,0_2\,0_1\,0\,0\,0$
Glicorrachia	gr. 0,60 ‰
Azotorrachia	gr. 0,38 ‰
Citometria	n. n.
R. W. e reaz. di flocculazione	negative

CASO X. — L. Gaetana, a. 23.

Diagnosi. — Poliartrite cronica primaria anchilosante.

A 13 anni tumefazione e dolore al ginochio destro e gomito sinistro. In seguito dolori all'articolazione coxo femorale D. Tanto prima che dopo ingessatura prolungata senza benefici. Da un anno dolori e tumefazione a tutte le articolazioni comprese quelle delle mani e dei piedi e della colonna cervicale.

P. L.

Aspetto	limpido
Albumia mtd. Nissl	gr. 0,15 ‰
Reaz. per le globuline	Pandy: neg.
	Nonne neg.
	Weichbrodt neg.
Reaz. del mastice mtd. Goebel	$+\,0_5\,0_3\,0_1\,0\,0$
Glicorrachia	0,60 ‰
Citometria	n. n.
R. W. e reaz. di flocculazione	negative

CASO XI. — T. Fernanda, a. 7.

Diagnosi. — Poliartrite cronica anchilosante.

Gentilizio negativo per artropatie e lues.

24 mesi fa inizio doloroso poliarticolare con febbre della durata di circa 3 mesi. Poi tutto apparentemente regredì; indenne il cuore.

Dopo un mese di tregua nuova poussée febbrile con dolori e tumefazioni poliarticolari che impedivano ogni movimento e obbligavano la piccola paziente a letto.

Da questo secondo periodo in poi, fino ad oggi, la febbre a tipo remittente non è più scomparsa e le articolazioni non si sono più detumefatte, anzi all'impotenza funzionale si sono aggiunte progressive deformità ed atteggiamenti viziosi delle articolazioni delle mani e delle dita e della anche specie a destra. La radiografia mostrava evidenti segni del processo patologico a carico delle capsule e delle interlinee articolari.

Cuore, milza e linfoglandole: indenni clinicamente fino ad oggi.

P. L.

Aspetto	limpido
Albumia mtd. Nissl	gr. 0,15 ‰
Reaz. per le globuline	Pandy neg.
	Nonne neg.
	Weichbrodt neg.
Reaz. del mastice mtd. Goebel	0 0 0 0 0 0
Glicorrachia	gr. 0,60 ‰
Citometria	n. n.
R. W. e reaz. di flocculazione	negative

Di questi 11 casi 8 appartèngono alla prima forma (artriti anchilosanti) e tre alla seconda (artrosi).

Negli 8 casi di cronica lesione articolare anchilosante un caso era accompagnato da splenomegalia (tipo Felty) ed un altro era costituito da un impegno prevalente della colonna vertebrale con accenno rizomelico.

Nell'anamnesi di quest'ultimo caso figurava una blenorrgia di molti anni indietro.

Dei 3 casi di osteoatrosi deformante uno era accompagnato da una sindrome dolorosa dell'arto superiore sinistro che fu definita radicolo-neurite brachiale.

Tutti i malati avevano visto iniziare la loro malattia da due a 15 anni prima del momento dell'esame.

L'esame sistematico sul liquor prelevato all'ingresso in Padiglione ed esaminato nel Laboratorio della R. Clinica Neurologica (che gentilmente mi ha favorito nelle ricerche) ha dato i seguenti risultati:

la pressione cefalo-rachidiana iniziale e finale, dopo l'estrazione di circa 10 cmc. di liquor, in posizione seduta, si è mantenuta nei limiti fisiologici; tra 35-25 cmc. di acqua iniziali a 25-22 terminali con il manometro di Claude. Pervietà degli spazi sub-aracnoideali, saggiata con la compressione delle giugulari: sempre conservata. L'esame del tasso dell'albumina con il metodo di Nissl è oscillato in 10 casi intorno ai gr. 0,18‰ e non ha superato mai il 0,20 ‰. Solo nel caso di osteoartrosi deformante con radicolo neurite del plesso brachiale (caso III) il tasso dell'albumina è stato del 0,42 %, la reazione di Pandy per le *globuline* è stata positiva con un + e il numero delle cellule (linfociti) repertati nel sedimento era aumentato.

Quindi nel 90 % dei casi da me esaminati la ricerca per un eventuale aumento del tasso dell'albumina è stata negativa.

La ricerca per le *globuline* nei casi summenzionati è stata negativa salvo i casi III e IV e così pure l'esame del sedimento (salvo il caso in cui è stato repertato, come ho detto, la iperalbuminorrachia), non ha mostrato aumento delle cellule.

Le sostanze riducenti e l'azotorrachia non hanno subito oscillazioni al di fuori dei limiti fisiologici, salvo due casi di aumento delle sostanze riducenti rispettivamente 0,75 ‰ (caso V) e 0,90 ‰ (caso VI) di glucosio nel liquor con glicemia normale.

La R. W. è stata naturalmente sempre negativa.

Le curve colloidali (gomma mastice meto-

do Goebel) hanno dato in sei casi, (IV-V-VI-VIII-IX-X) come unico risultato da notarsi, un intorbidamento abbastanza netto delle prime provette di sinistra, che in tre casi (caso IV, VI-X) ha raggiunto la flocculazione della gomma-mastice stessa con un +; in quattro casi (II, III, VII, XI) invece non vi è stato neppure l'intorbidamento; è da notarsi che tra questi quattro casi vi è anche quello in cui vi è stata la iperalbuminorrachia.

In un caso infine le curve colloidali non furono eseguite (caso I).

Faccio notare ancora che la puntura lombare, considerata come procedimento meccanico, non ha mostrato, almeno per quanto ho potuto notare, alcun influsso nè benefico, nè sfavorevole sull'andamento dell'artropatia in esame.

CONSIDERAZIONI.

Nel 90 % dei casi da me esaminati la ricerca per un eventuale aumento del tasso dell'albumina totale nel liquor è stata negativa. Il metodo adoperato per la ricerca quantitativa è il metodo di Nissl in uso in clinica, nè credo che si possa accusare di scarsa sensibilità, se fatto secondo le norme della tecnica, tanto più che non si tratta di una reazione qualitativa in cui il reagente può essere più o meno sensibile, ma quantitativa; e se vi fosse stata una modificazione del tasso di albumina sarebbe stata rilevata, tanto più che le cifre accennate degli AA. francesi non sono poi così basse: fra 0,40 ‰ e gr. 1 ‰. Essendomi venuto a mancare il dato della iper-albuminorrachia non mi è stato possibile fare un confronto con la velocità di sedimentazione delle emazie nei casi studiati di poliartrite cronica primaria anchilosante.

Sarebbe stato altamente interessante vedere se veramente vi fosse stata una diminuzione del tasso dell'albumina nel liquor come espressione del miglioramento clinico della forma morbosa, e si potrebbe obiettare che la ricerca si sarebbe potuta fare lo stesso a fine cura; ma i tassi di albumina da me trovati all'inizio erano così esigui da credere che difficilmente avrebbero potuto subire una ulteriore diminuzione. L'unico caso in cui era presente un 0,42 ‰ di albumina, una Pandy con un + e con scarsi linfociti nel sedimento, era il caso in cui l'artropatia cronica degenerativa si accompagnava al radicolo neurite del plesso brachiale sinistro, e il liquore mostra, probabilmente in rapporto al processo morboso delle radici, una reazione modica; ma in questo unico caso non fu eseguita la puntura lombare a fine cura. La velocità di sedimentazione era nei limiti normali.

In quanto al reperto, in 6 casi su 10, di un notevole intorbidamento nelle prime provette della reazione del mastice secondo Goebel, che in tre casi raggiunse il primo grado della flocculazione, si potrebbe pensare che tale reperto sia la conseguenza di un difetto di tecnica o comunque di una imprecisione nella reazione.

Ma se si fa attenzione che il liquor prelevato fu preso nelle condizioni « optimum » (non vi furono manovre ripetute nè mescolanza di sangue) e d'altra parte le curve di intorbidamento furono presenti accanto ad altre reazioni allestite nello stesso giorno con la stessa gomma colloidale per altri malati, e che non dettero ombra nè di flocculazione nè di intorbidamento pure nelle stesse condizioni ambientali ed approntate dalla stessa mano, si deve per queste semplici ragioni escludere ogni difetto di tecnica o di altre cause contingenti.

Allora rimane da vedere se dare o no valore patologico a tale reperto, in assenza di ogni altro segno (albumina, globuline, sedimento) patologico del liquor esaminato. Certamente tale reperto d'intorbidamento notevole, ed in tre casi di flocculazione iniziale, riscontrato in 6 casi dei 10 presi in esame deve essere notato perchè corrisponde al 60 % dei casi stessi.

Deve avere un significato patologico e potrebbe essere la spia di un « quid » che abbia influito, con un meccanismo difficile a spiegarsi, sulla composizione del liquor svelandosi soltanto attraverso una modificazione anche se tenue delle curve colloidali.

E che vi possano essere delle modificazioni delle curve colloidali anche in assenza in ogni altro elemento patologico del liquor è dimostrato dall'esempio di ciò che può accadere nella paralisi progressiva curata; in cui cioè un liquor, sul quale ha agito una causa nettamente e sicuramente patogena, può tornare del tutto normale, salvo una persistente modificazione delle curve colloidali unica spia della causa morbosa che ha agito sul liquor stesso. Si può solo prospettare l'ipotesi che l'intorpidamento della prova del mastice sia l'espressione di un lieve stato di sofferenza meningea, riferibile con ogni probabilità alle stesse cause provocatrici della sindrome articolare.

Esaminando poi i rapporti tra gravità del quadro clinico dell'artropatia in esame ed intensità della reazione di flocculazione della gomma-mastice, si può dire che nei casi clinicamente più gravi (ed i casi scelti erano tutti di una certa gravità e durata) e che datavano da più lungo tempo, la reazione di flocculazione è stata più intensa.

Però non posso affermare che la positività

della reazione di flocculazione abbia seguito sempre di pari passo la intensità della forma clinica, perchè per esempio, nei casi II, VII e XI (per non dire del caso III che è un artrosi cronica), la forma articolare aveva assunto un andamento grave e totalitario, pur non essendosi accompagnata a modificazioni delle curve colloidali, le quali non accennarono neppure ad un lieve intorbidamento.

Come riassunto generale di queste ricerche, a me è risultato assenza di iperalbuminorrachia nel 90 % e presenza nel 60 % circa dei casi di modificazioni delle curve colloidali con intorbidamento, e in tre casi flocculazione nelle prime provette della gomma-mastice secondo Goebel.

Nessuna influenza della P. L., sull'andamento dell'artropatia stessa in esame.

Con questo mio modesto contributo non pretendo certamente di chiarire gli eventuali (se esistono) rapporti di interdipendenza tra artropatie croniche e sistema nervoso e neppure mi permetto di criticare o di dubitare dei reperti che gli AA. stranieri precedenti (Graber-Duvernay e Gerbay, *Acta Med. Scandinava*, 1939) hanno trovato e valutati nei riguardi del tasso albuminico e del suo valore diagnostico prognostico. Credo che il fatto, data l'accuratezza con cui ho eseguito le ricerche e la somiglianza delle forme morbose esaminate da quegli Autori e da me, non è facilmente spiegabile.

Se esista poi o meno interdipendenza tra eventuali alterazioni liquorali e *croniche lesioni vertebrali* (siano infiammatorie che degenerative) sarà oggetto di una futura nota.

Ho voluto intanto esporre il risultato di queste mie ricerche sul liquor degli artropatici cronici primari e che, a quanto mi consta, sono state le prime finora eseguite in Italia.

RIASSUNTO.

L'A., dopo aver accennato rapidamente ai possibili rapporti tra artropatie croniche e liquido cerebro-spinale, ricorda le ricerche recenti di AA. stranieri, secondo cui sarebbe di valido ausilio diagnostico-prognostico il reperto costante di iper-albuminarrachia nelle artropatie croniche.

L'esposizione dei dati ritrovati in 11 casi di artropatie croniche primarie anchilosanti e deformanti nei riguardi del L.C.S., permette invece all'A. di dire che nel 90 % dei casi esaminati è mancato qualsiasi aumento dell'albumina totale nel liquor stesso.

Le altre ricerche chimiche e microscopiche sul sedimento, compresa pure la R. W., non hanno dato dati patologici.

L'azotorrachia e le sostanze riducenti (salvo due casi) non hanno subito oscillazioni al di fuori dei limiti fisiologici.

Le curve colloidali (gomma-mastice metodo Goebel) hanno dato in 6 casi su 10 (60 %) un intorbidamento, e in 3 casi flocculazione con un +, nelle prime provette di sinistra.

BIBLIOGRAFIA.

GLEY. *Trattato di fisiologia*, 1914.

ID. *Secrezioni interne, principî fisiologici ed applicazioni alla patologia*. Parigi, II gd., 1920.

CECONI. *Trattato di medicina interna*. Vol. IV, Torino, 1939.

FRUGONI. *Diagnostica funzionale*. Ed. Wassermann, Milano, 1941.

GRABER, DUVERNAY e GERBAY. Acta Med. Scandinava, 1939.

BOSCHI. *La neurogenesi delle artropatie croniche*. Giornale Veneto di Scienze Mediche, 1939.

TEISSIER. Citato da BOSCHI.

ACHARD. Citato da BOSCHI.

LUCHERINI. *Sul trattamento delle artropatie croniche mediante alte dosi di glicorofosfato di sodio*. Ed. Pozzi, 1938.

MORBIDI. *Il contegno della eritrosedimentazione negli artropazienti in corso e dopo piretoterapia*. Policlinico, sez. prat., 1941.

NOTE E CONTRIBUTI

POLICLINICO UMBERTO I - ROMA
II PADIGLIONE diretto dal Prof. A. CHIASSERINI

L'importanza della tiroide nella guarigione delle fratture.

Ricerche sperimentali.

Dott. MARIO VINCENTI

Le alterazioni scheletriche che sono state riscontrate nel mixedema congenito hanno richiamato, già molti decenni or sono l'attenzione degli studiosi sull'importanza che ha la tiroide rispetto all'ossificazione. Ma le ricerche numerose, da quelle antiche di Moussu e Hofmeister a quelle di Brachette, Giacomini, Gundernath avevano dimostrato che l'azione della tiroide si deve intendere piuttosto come stimolatrice dell'accrescimento generale e dell'evoluzione morfologica dell'organismo, che non come regolatrice del processo di calcificazione dell'osso. L'Hofmeister negli animali stiroidati aveva trovato una diminuzione della proliferazione cellulare delle cartilagini epifisarie, con rigonfiamento e formazione di fessure nella sostanza fondamentale e rigonfiamento vescicolare delle cavità cartilaginee; le alterazioni maggiori dell'apparato locomotore sono a carico delle cartilagini epifisarie; infatti negli animali stiroidati in età prepubere, le cartilagini epifisarie non si ossificano. Steinlein ha dimostrato istologicamente che è caratteristica in questi animali la presenza di una lamella ossea sottile trasversale che separa la diafisi dall'epifisi delle ossa lunghe, per cui le cellule della midollare, corte e piccole, appaiono come chiuse verso la cartilagine: la zona di accrescimento è accorciata; anche i nuclei di ossificazione delle ossa corte o piatte, non appaiono affatto o compaiono assai tardi.

Nei pazienti atireosici e negli animali tireoprivi, l'alterazione essenziale dello scheletro è il nanismo, non il suo rammollimento, come avviene nel rachitismo o nell'osteomalacia. Il processo di calcificazione delle ossa, all'esame istologico, non apparirebbe turbato (Dieterle, Kassowitz).

La tiroide non ha un'azione specifica sul ricambio del calcio; forse agisce indirettamente come eccitatrice di tutte le fasi del ricambio; così si può spiegare come talvolta la tiroide, esaltando al massimo il catabolismo organico, può produrre delle vere azioni decalcificanti. Quindi l'azione della tiroide sarebbe non tanto sul ricambio calcico, quanto come stimolo formativo sulle cellule nobili del tessuto osseo: gli osteoblasti.

Più recentemente, in seguito agli studi di Krayer, Pighini, Reggiani, Blasi, Pizzolini, Bayon, E. Bircher, Furukawa, Kosdoba, si sarebbe notato negli animali stiroidati, un notevole rallentamento nel processo di guarigione delle fratture, perchè sarebbe ritardato il tempo di formazione e di regressione del callo osseo, malgrado che il callo cartilagineo si formi normalmente, perchè è inibita la trasformazione ossea e la successiva regressione. Però, lo stesso Pizzolini si domandava se la distrofia ossea non sia piuttosto un fenomeno legato alle turbe di nutrizione generale, prodotte dallo squilibrio verificatosi per l'asportazione della tiroide. Il callo osseo, secondo questo A., si verifica normalmente se la frattura è avvenuta subito dopo la tiroidectomia, cioè quando le modificazioni del ricambio, secondarie all'ablazione ghiandolare, non si sono fatte ancora sentire in modo intenso nell'organismo. Ad ogni modo, il concetto dell'importanza della tiroide nella guarigione delle fratture rimase; si notò che la somministrazione di tiroide migliorava il processo negli animali stiroidati, e si cercò di estendere all'uomo tali risultati sperimentali. Beck preconizzò l'uso degli estratti tiroidei nel trattamento delle fratture a lento consolidamento; Löenig nella clinica di Payr avrebbe trovato che la somministrazione di tiroide esplicherebbe una favorevole azione nelle fratture ossee a consolidamento ritardato (1935).

Anche Baumann, a Berna, aveva notato che i fratturati provenienti dalle regioni gozzigene delle Alpi, guarivano più lentamente, che non quelli di Berna. Ma Saegesser ha osservato che anche a Berna ci sono dei centri gozzigeni e che ad ogni modo non v'è differenza fra il periodo di tempo impiegato a guarire dai fratturati ricoverati negli ospedali di Berna, e provenienti da località diverse. Rehn, dalla esperienza della sua clinica di Friburgo, dove non sono rari gli ipotireosici, viene alla conclusione che non è affatto dimostrata l'influenza della tiroide nel processo di guarigione delle fratture. Kanke, della clinica di Rehn, con ricerche sperimentali, avrebbe confermato tale opinione, dimostrando che la formazione di callo osseo dopo resezione è altrettanto buona negli animali stiroidati che in quelli normali (1936).

A me è parso che tale questione presenti un certo interesse anche da un punto di vista pratico, perchè è noto quanto siano frequenti i

casi di fratture con guarigione ritardata con callo scarso o fibroso e quanto siano difficili e spesso anche infruttuosi i tentativi terapeutici. La stessa varietà di mezzi consigliati, dimostra che non si ha ancora la sicurezza su un indirizzo di cura adatto. Se effettivamente la tiroide avesse tanta parte nel processo di rigenerazione ossea necessario alla guarigione delle fratture, questo metodo di cura sarebbe stato trovato.

Ho pertanto voluto sperimentare l'influenza che l'ablazione della tiroide esercita sulla guarigione delle fratture. Come animali da esperimento ha scelto i conigli, non solo per la loro facilità di trattamento, ma anche perchè i cani che rappresentano l'altra categoria di animali da esperimento più usata, hanno lo scheletro in proporzione molto più ricco di sali di calcio e più robusto che non l'uomo.

Ho adoperato conigli giovani, di media taglia, che fossero consimili di peso e di età. Ho cercato che l'alimentazione rimanesse costante per tutto il periodo dell'esperimento, somministrando foglie di cavolo, erba e pezzi di pane.

Ho praticato la tiroidectomia, con tutte le attenzioni perchè essa fosse effettivamente totale, giacchè — come è noto — nei conigli la tiroide non è un organo pari, come nell'uomo, ma è invece composto di due cordoni laterocervicali.

Dopo circa un mese dalla guarigione della ferita operatoria, ho provocato la frattura del radio destro e quindi ho protetto l'arto, fino al disopra dell'articolazione radio-omerale, con una piccola fascia gessata. Gli esperimenti sono stati condotti su 12 animali, di cui tre morirono durante il periodo di osservazione. Inoltre tenni due animali come controllo.

Praticai esami radiografici dopo 10 e dopo 20 giorni dalla frattura.

PROTOCOLLO DELLE ESPERIENZE

1. Coniglio del peso di circa gr. 1600. — Tiroidectomia totale. Dopo 36 giorni il radio destro viene fratturato nel suo III medio.

Radiografia al 10° giorno: formazione discreta del callo (fig. 1).

Radiografia al 20° giorno: guarigione (fig. 2).

2. Coniglio del peso di circa gr. 1530. — Tiroidectomia totale. Dopo 36 giorni il radio destro viene fratturato al III medio.

Radiografia al 10° giorno: evidente formazione di callo (fig. 3).

Radiografia al 20° giorno: guarigione (fig. 4).

3. Coniglio del peso di circa gr. 1700. — Tiroidectomia totale. Dopo 36 giorni il radio destro viene fratturato al III medio.

Radiografia al 10° giorno: scarsa formazione di callo.

Radiografia al 20° giorno: il callo osseo si è reso evidente e la frattura si va consolidando.

4. Coniglio del peso di circa gr. 1460. — Tiroidectomia totale. Dopo 36 giorni il radio destro viene fratturato al III medio.

FIG. 1. FIG. 2.

Radiografia al 10° giorno: buona formazione di callo (fig. 5).

Radiografia al 20° giorno: guarigione (fig. 6).

5. Coniglio del peso di circa gr. 1500. — Tiroidectomia totale. In 12ª giornata dall'intervento l'animale viene a morte.

FIG. 3. FIG. 4.

6. Coniglio del peso di circa gr. 1400. — Tiroidectomia totale. Dopo 32 giorni il radio destro viene fratturato al III medio.

Radiografia al 10° giorno: deficiente formazione di callo.

*

Radiografia al 20° giorno: callo osseo evidente, frattura in via di consolidamento.

7. Coniglio del peso di circa gr. 1550. — Tiroidectomia totale. Dopo 32 giorni il radio destro viene fratturato al III medio.
Radiografia al 10° giorno: callo evidente.
Radiografia al 20° giorno: guarigione.

FIG. 5. FIG. 6.

8. Coniglio del peso di circa gr. 1380. — Tiroidectomia totale. Dopo 32 giorni il radio destro viene fratturato al III medio.
Radiografia al 10° giorno: callo evidente (fig. 7)
Radiografia al 20° giorno: guarigione (fig. 8).

FIG. 7. FIG. 8.

9. Coniglio del peso di circa gr. 1450. — Tiroidectomia totale. Morte dell'animale.

10. Coniglio del peso di circa gr. 1540. — Tiroidectomia totale. Dopo 34 giorni il radio destro viene fratturato al III medio.
Radiografia al 10° giorno: si scorge bene il callo di frattura.
Radiografia al 20° giorno: guarigione.

11. Coniglio del peso di circa gr. 1500. — Tiroidectomia totale. In 22ª giornata l'animale viene a morte.

12. Coniglio del peso di circa gr. 1400. — Tiroidectomia totale. In 32ª giornata si frattura il radio destro al III medio.
Radiografia al 10° giorno: formazione evidente di callo.
Radiografia al 20° giorno: guarigione.

ANIMALI DI CONTROLLO

1. Coniglio del peso di circa gr. 1550. — Il radio destro viene fratturato nel suo III medio.
Radiografia al 10° giorno: buona formazione di callo.
Radiografia al 20° giorno: guarigione.

2. Coniglio del peso di circa gr. 1480. — Il radio destro viene fratturato al III medio.
Radiografia al 10° giorno: callo ben marcato.
Radiografia al 20° giorno: guarigione.

CONSIDERAZIONI.

Dal complesso delle mie esperienze risulta che gli animali privati di tiroide hanno uno sviluppo di callo osseo, nelle fratture, uguale o poco inferiore, a quello degli animali normali. È da notare che questi animali furono stiroidati un certo periodo di tempo prima della produzione della frattura, onde evitare la critica che facilmente mi si poteva muovere, vale a dire che l'organismo non aveva ancora risentito in pieno del deficit degli ormoni tiroidei.

Un'altra obbiezione che potrebbe venirmi mossa è questa: se non avessi per caso estirpato le paratiroidi insieme alla tiroide. Ma, dall'anatomia del coniglio, si può notare che le paratiroidi sono distinte dalla tiroide molto più chiaramente che non nei carnivori e sopratutto nell'uomo e costituiscono un sistema abbastanza esteso: pertanto non è facile che possano venir lese molto ampiamente, ed è del resto notorio che basta conservare la metà del sistema paratiroideo, perchè non appaiano turbe funzionali da carenza.

Degli animali sperimentati, due soli hanno avuto un manifesto rallentamento nella formazione del callo; degli altri, alcuni ebbero un callo solido e rapidamente sviluppatosi, come nei conigli di controllo; nei rimanenti si poteva lamentare una certa lentezza, ma alla fine si aveva una guarigione regolare.

Se dunque l'ablazione totale della tiroide non produce grave disturbo nella formazione di callo osseo, è da chiedersi come alcuni AA., abbiano dato tanta importanza a questa ghiandola per quello che riguarda le fratture. Io credo che si possa concordare con quanto di-

cono Pende, Muggia, Pighini ed altri, e cioè che la tiroide abbia l'azione di esaltare tutte le fasi del ricambio organico; essa costituisce anche uno stimolo ad altri ormoni, i quali hanno influenza più diretta sul processo di ossificazione e sulla deposizione di sali calcarei nell'osso; esercita un'azione stimolante sopratutto su organi ed in speciali epoche dello sviluppo; eccita gli osteoblasti ad una produzione vivace, come del resto è suo ufficio quello di stimolare processi di cariocinesi cellulari e di presiedere alle differenziazioni morfologiche accelerandone l'evoluzione verso il tipo adulto definitivo.

Si comprende che animali privati di ormoni capaci di tali funzioni, specialmente quando l'alimentazione non dia l'apporto di vitamine favorevoli alla nutrizione e all'accrescimento ed all'ossificazione e cioè animali in preda a fenomeni di cachessia, la formazione del callo si abbia con ritardo ed in modo scarso.

Questo, cioè la mancanza di nutrimento adatto, e sopratutto delle vitamine utili alla formazione del callo, non era nella mente dei ricercatori di uno o due decenni or sono, e così forse si possono spiegare, almeno in parte, i risultati contraddittori ottenuti nell'atireosi sperimentale, in rapporto alle fratture. Se possono guarire le fratture ossee anche senza tiroide, non possono guarire senza vitamina C. Come dice A. Cooper, togliendo la vitamina C e provocando lo scorbuto negli animali, si disgiungono le ossa fratturate che si erano saldate. Io non intendo diffondermi sull'importanza della vitamina C, perchè sarebbe al di fuori dell'intento di questo mio lavoro, ma l'ho ricordata per dimostrare che altri fattori, oltre gli ormoni, influiscono sul processo di guarigione delle fratture, il quale dipende, in ultima analisi, dal ricambio generale dell'organismo. In questo senso si deve intendere, a mio avviso, l'influenza della tiroide nella guarigione delle fratture: il rallentamento dei processi del ricambio, la deviazione della loro via normale, la deficiente attività delle cellule dei tessuti che si riscontra negli animali atireosici, sono di per sè sufficienti a spiegare quel rallentamento nella formazione del callo che si è riscontrato in taluni dei miei animali senza che si debba pensare che la tiroide eserciti una funzione specifica sull'osteogenesi e sulla formazione del callo osseo. Nella stessa guisa, si possono accettare i buoni risultati che alcuni AA., affermano di avere avuto, somministrando estratti tiroidei ai fratturati. Rimanendo nel campo pratico, ritengo che gli ormoni tiroidei non siano i più efficaci per questi malati, i quali dovrebbero risentire una specifica azione dagli ormoni paratiroidei e dalla vitamina C.

RIASSUNTO

L'A. riporta i risultati di ricerche sperimentali eseguite su conigli a cui aveva praticato la tiroidectomia totale e, dopo un mese, la frattura del radio. Egli ha studiato il comportamento di questi animali, rispetto al processo di guarigione delle fratture, e giunge alla conclusione che l'influenza che la tiroide esplica in questo processo è relativamente scarsa; giacchè negli animali da esperimento il callo era normale, e solo in taluni si era formato con una certa lentezza.

Pervenuto in Redazione nel novembre 1941.

BIBLIOGRAFIA

AUB. *Correlazione fra tiroide e metabolismo del calcio.* Phys. Assoc. Philadelphia, 1927.
BAETZNER. Zentr. f. Chir., 296, 1930.
BAUMANN. Zentr. f. Chir. 655, 1931.
BIRCHER. Deut. Zeit. f. Chir., XCVI, 1938.
BURCKHARDT. Beitr. Klin. Chir., 144, 1, 1938.
DIETERLE. *Alterazioni scheletriche nell'atireosi.* Virchow Arch., 184.
HANKE. *Ricerche sperimentali sulla rigenerazione ossea.* Deut. Zeit. f. Chir., CCXVII, 1936.
HANKE. Deut. Zeif. f. Chir., CCXLV, 1935.
HELLER. Zentr. f. Chir., 1578, 1931.
HEYDEMANN. Beitr. Klin. Chir., CLXII, 1935.
KONIG. Münch. Med. Woch., I, 1935.
KOSDOBA. Citato da HANKE.
KRIGENECKI. *Antagonismo fra timo e tiroide nell'accrescimento.* C.r.s.h.biol., 1928,XCVIII, 1031.
LONGHITANO. *Alterazioni ossee da lesioni sperimentali della tiroide.* Atti Acc. med. Lomb., 1931, pag. 223.
OGAWA. Arch. f. Exp. Path., CIX 1925
PAAS. Zentr. f. Chir., 2462, 1932.
PENDE. *Analisi moderna del biotipo umano individuale.* Endocr. e Pat. costit., 1926.
PIGHINI. *Sindromi acondroplasiche sperimentali.* Riv. sper. Fren., 1927, LI.
RABINOWIECH e MONTRÉAL. *Tiroidectomia e contenuto di Ca. nel sangue.* Citato da REGGIANI.
REHN. Verh. Chir. Kongr., 1924, 410.
REGGIANI. *Influenza della somministrazione di tiroide nell'accrescimento del pollo.* Riv. Biol., 1925.
SAEGESSER. Comunicaz. person.
STEIN. Zentr. f. Chir., 1776, 1933.
TRENDLENBURG-KRAYE. *Die Hormone*, vol. II, ed. Springer, Berlino, 1934.
VALENTI. *Ghiandole a secrezione interna e ricambio del Ca.* Terapia, 1928.

Nel medico si deve condannare la negligenza non l'ignoranza.
GUIDO BACCELLI.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Divisione Chirurgica degli Ospedali Riuniti di Cagliari
Primario: Prof. A. Garau.

Corpo estraneo causa di irriducibilità di ansa intestinale erniata e di conseguente sua necrosi ed ulcerazione.

Dott. Francesco Firinu, assistente.

La Clinica insegna per la varietà dei quadri che offre alla considerazione di chi il malato studia e cura. Numerose entità nosologiche pur toccandosi nelle linee fondamentali, differiscono nei particolari: particolari che loro conferiscono una fisionomia tutta propria rivestendole di un interesse non comune, sia pratico che scientifico.

Se è vero che l'insegnamento della medicina in buona parte consiste anche nel trasmettere, alle generazioni che si formano, le conoscenze lentamente e metodicamente acquisite, ritengo sia utile rendere noto il frutto delle proprie osservazioni, sempre che valgano ad arricchire il patrimonio intellettuale di chi ogni attimo della sua giornata può essere chiamato a risolvere un problema diagnostico; problema che spesso trova soluzione solo al tavolo operatorio od anatomico.

Di qui l'interesse che il rilievo occasionale che qualche osservazione può offrire, sia conosciuto: la maggiore conoscenza di cause di malattie dà vita a più numerose ipotesi diagnostiche.

Per la sua rarità, per il contributo patogenetico che all'argomento può portare, riferisco il caso di recente capitato in Reparto.

Riguarda un bambino di quattro anni, Giuseppe C. da Isili (Nuoro) nel gentilizio del quale nulla vi era da rivelare.

Nato a termine da parto eutocico, aveva sviluppo regolare ed aveva sempre goduto ottima salute.

I genitori affermavano che l'affezione attuale si manifestava, con i primi sintomi, all'età di otto mesi. In tale epoca infatti notavano che il testicolo destro godeva di una mobilità anormale; risaliva spesso nel canale inguinale quando si verificavano particolari condizioni (tosse, starnuto, ecc.) per ridiscenderne col cessare di queste. Dopo qualche mese notavano, inoltre, anche la comparsa nella stessa regione inguinale di una piccola tumefazione che si presentava ad ogni aumento della pressione endoaddominale (tosse, pianto, stazione eretta prolungata ecc.) e scompariva col cessare delle cause che ne avevano determinato la comparsa.

Un sanitario diagnosticava un'ernia e prescriveva l'uso del cinto che, applicato, era sufficiente a contenerla.

All'età di anni 2 e mezzo presentava all'improvviso una sintomatologia da strozzamento, che scompariva dopo circa 12 ore di riposo a letto, clisteri, ed applicazioni topiche caldo-umide.

Stette bene fino a due giorni fa, quando dopo una giornata trascorsa normalmente, la sera accusava dolori intensi nella regione inguinale destra, consumava però il suo pasto serale e veniva messo a letto. Durante la notte i dolori si accentuavano, compariva vomito alimentare, modica temperatura e l'alvo rimaneva chiuso alle feci ed ai gas. Le condizioni generali del piccolo paziente diventavano preoccupanti: un sanitario consigliava l'immediato ricovero in ospedale, dove veniva accolto il 24 luglio 1942.

*
* *

Stato generale grave, normotipo. Nessun rilievo patologico a carico degli apparati respiratorio, cardiovascolare, urinario. L'addome era teso e dolente su tutto l'ambito.

Nella regione inguinale destra si notava la presenza di una tumefazione della forma e volume di una grossa mandorla, a superficie liscia, a limiti abbastanza netti e col maggiore asse disposto trasversalmente a quello del canale inguinale.

La cute che la ricopriva era normale, tesa. Lieve aumento di temperatura al termotatto. La superficie della tumefazione era liscia, di consistenza duro-elastica; era irriducibile, aderente ai piani sottostanti e circostanti. Notevole dolore provocavano le manovre palpatorie per quanto eseguite con la necessaria delicatezza.

Suono ottuso alla percussione.

Il testicolo destro si trovava fisso all'altezza dell'orifizio esterno del canale inguinale; il funicolo era notevolmente ingrossato, edematoso ($1\frac{1}{2}$-2 cm. di diametro all'incirca).

Con diagnosi di ernia inguinale esterna destra congenita strozzata, si procedeva all'intervento (Prof. Garau). Anestesia generale eterea. Messa a nudo della massa erniata, della forma e volume di una grossa mandorla. Aperto il sacco si rilevava in esso la presenza di scarsissime quantità di feci liquide e di una porzione di parete intestinale, dilatata quasi a formare un diverticolo, nel cui lume era contenuto un corpo estraneo, ovoidale, con estremità appuntite, che nei due punti diametralmente opposti aveva già perforato la parete intestinale erniata.

Si incideva il cingolo strozzante rappresentato dal colletto del sacco che aveva sede all'altezza dell'orifizio interno del canale inguinale. Con dolce trazione si esteriorizzava l'intestino e ci si assicurava così che soltanto una parte della parete intestinale si era erniata. Si allontanava il corpo estraneo (nocciolo di susina), si suturava l'intestino. Si procedeva quindi all'emicastrazione essendo il funicolo ed il corrispondente testicolo necrotici. Si lasciava un piccolo drenaggio nella cavità addominale in cui era contenuta una discreta quantità di liquido siero-purulento. Si ricostruiva parzialmente la parete addominale.

Il paziente, per lo stato di grave intossicazione, veniva a morte dopo circa un'ora dall'intervento.

In sintesi, possiamo ricostruire l'evolversi della fenomenologia, come segue: un corpo

estraneo (nocciolo di susina) ingerito accidentalmente o volontariamente in portatore di ernia inguinale destra e penetrato nel sacco con l'ansa intestinale che lo conteneva ne ha impedito, disponendosi trasversalmente alla porta erniaria, (il suo diametro trasversale superava del doppio quello del colletto del sacco), la completa riduzione spontanea. Un tratto della parete intestinale, e precisamente quello che si trova di fronte all'inserzione mesenteriale, addossato al corpo estraneo, si è trovato incarcerato.

L'azione del decubito e la particolare forma del corpo estraneo con estremità appuntite, le ripetute violente ed incongrue manovre di taxis a lungo praticate, l'ostacolato circolo per la ristrettezza ed inestensibilità del colletto del sacco, hanno determinato la necrosi e l'urcerazione della parete intestinale erniata col conseguente versamento del contenuto intestinale nel sacco e la successiva infezione del cavo peritoneale. Inoltre, il corpo estraneo, pure per azione di decubito, a livello dell'orifizio interno del canale inguinale, comprimendo il funicolo, ha provocato le necrosi ischemica del testicolo.

⁂

Il corpo estraneo in ernia rappresenta una eventualità abbastanza rara a giudicare dalle statistiche esistenti in letteratura. Al 1937 i casi pubblicati sarebbero 41 (Di Maio) così distribuiti: in 28 casi l'ernia era inguinale, crurale in quattro, ombelicale in tre e sei senza sede indicata. Oltre l'osservazione di Di Maio, pubblicata nel 1937 (il corpo estraneo era contenuto in ernia inguinale), non mi risulta da una accurata disamina della letteratura, che altre ne siano state rese note. Naturalmente la statistica ricordata raccoglie tutti i casi di corpi estranei descritti in ernia, sia che avessero sede nel lume dell'ansa erniata interamente o parzialmente, sia che fossero inglobati dall'epiploon (Stassow, Haas) che li aveva raccolti nella cavità addominale, sia che fossero liberi nel sacco trasportativi dall'epiploon od in esso penetrati attraverso una perforazione dell'intestino.

La via intestinale del resto, logicamente, è quella più comunemente descritta e più facilmente seguita da un corpo estraneo per raggiungere l'ernia. Quest'ultimo può essere rappresentato da noccioli di frutta (prugne, ciliegie), semi di datteri, gusci di gambero, aghi, ossa, pennaioli di legno, spighe d'orzo, spine di pesce, stecchini, ecc. ecc.

L'ernia, in molti casi, richiamerebbe addirittura a se il corpo estraneo, e questi, a seconda della forma e volume, può determinare ostacolo di canalizzazione, perforazione della parete dell'intestino, cadendo così nel sacco o nella cavità addominale. Può, il corpo estraneo, passare liberamente nel tratto d'intestino erniato e venire eliminato per le vie naturali senza provocare lesioni, ma nella maggior parte dei casi aveva determinato lesioni varie a carico dell'intestino (perforazioni uniche o multiple, cicatrici esito dell'avvenuto passaggio attraverso la parete, necrosi da decubito); dell'omento (flogosi reattiva e fissazione alla parete del sacco); del sacco erniario (essudazione, granulazioni, cicatrici). Che nella maggioranza dei casi registrati il corpo estraneo avesse provocato lesioni varie a carico dei diversi tessuti od organi componenti l'ernia ci sembra logico, che in caso contrario non avrebbero avuto nessun interesse clinico, nè avrebbero potuto fermare l'attenzione dell'osservatore; per di più, oltre la difficoltà del rilievo, non ne vediamo la necessità, in quanto i corpi estranei nel lume intestinale sono un reperto frequente ma che acquistano interesse soltanto quando con la loro presenza determinano uno stato patologico. Le lesioni descritte, osservate nei casi registrati, generalmente non sono state molto gravi. Stick riporta un caso di una donna portatrice di un'ernia epigastrica postlaparotomica strozzata con gangrena dell'ansa e flemmone secondario. Un ossicino di pollo aveva perforato l'intestino provocando una peritonite del sacco e consecutivo flemmone degli involucri. Qualche rarissima volta è stata osservata la peritonite generalizzata. Veramente grave è stato il susseguirsi di tutte le complicazioni, le più rare, che troviamo riunite nel caso di nostra osservazione; ed è per questo particolare aspetto che l'abbiamo ritenuto degno di pubblicazione.

La tenera età del paziente (aveva solo quattro anni); la varietà dell'ernia (ernia parietale); la causa dell'irriducibilità rappresentata dal nocciolo di susina (causa non registrata in letteratura); la perforazione dell'ansa con consecutiva peritonite del sacco e peritonite generalizzata; la necrosi ischemica del testicolo per compressione sul funicolo, sono tutte complicazioni che fino ad oggi soltanto in parte sono state segnalate.

Il quadro clinico nel suo insieme, non presenta particolarità tali che le conferiscano una individualità nosologica: si diagnostica un'ernia strozzata. Ci risulta sia stata formulata la diagnosi prima dell'intervento nel solo caso del

Bayer. Non ne vediamo nemmeno l'utilità di una diagnosi preoperatoria, in quanto per nulla modificherebbe la condotta da seguire: l'intervento è tanto più utile e conservativo quanto più tempestivamente praticato.

Il nostro paziente sarebbe stato sicuramente salvato dall'intervento, se praticato in tempo utile.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di corpo estraneo in ernia osservato in un bambino di 4 anni. Il corpo estraneo (nocciolo di susina) causa di irriducibilità dell'ernia e perforazione doppia dell'ansa intestinale che lo conteneva, ha provocato anche necrosi del funicolo e peritonite generalizzata che ha portato a morte il paziente.

BIBLIOGRAFIA

La bibliografia fino al 1937 si trova raccolta nel lavoro di:

DI MAIO. *Scritti di chirurgia erniaria per commemorare il cinquantenario dell'operazione di Bassini*. Vol. II. Tip. del Seminario di Padova, 1937.

ACKERMANN (Halle). *Un caso di perforazione da corpo estraneo nell'intestino erniato*. Zentralblatt für chirurgie, 1929, LVI, 2577-2588.

ALESSANDRI R. *Manuale di Chirurgia*. Vol. IV. Ed. Pozzi, Roma, 186-218.

OLIVA. *Corpi liberi nei sacchi erniari*. Il Policlinico (Sez. chir.), 1921, XXVIII, 397-410.

PELLICANO S. *Su di un caso di corpi organizzati in un sacco erniariò*. *Incurabili*, 1934, 525-529.

PERDANDO G. *Contributo clinico allo studio dei corpi liberi nei sacchi erniari*. La Clin. Chir., 1934, XXXVII, 481-497.

SCALONE I. *Sulla formazione di corpi liberi nei sacchi erniari*. Riforma Medica, 1936, XIV, 1471-1472.

SUNTI E RASSEGNE

NEFROSI.

La sindrome nefrotica.

(W. NONNENBRUCH. *Klin. Wochenschrift*, n. 37, 1942).

Le lesioni renali che fanno parte della sindrome nefrotica sono una nefrosi, cioè alterazioni degenerative primitive dei glomeruli e dei tubuli, dipendenti dalla funzione eliminatoria del rene. La sindrome è caratterizzata da albuminuria elevata, edemi, diminuzione dei proteidi ematici con abbassamento del quoziente albumina-globulina al disotto di uno, lipemia e lipoiduria. Nella sua forma più pura troviamo la sindrome nefrotica nella cosiddetta « nefrosi primitiva » o « genuina ». La malattia è rara, la etiologia oscura. I pazienti non hanno la sensazione di essere ammalati, l'edema può mancare a lungo malgrado la ipoproteinemia e lipemia, oppure esso è lieve, malleolare e scompare dopo deambulazione. La nefrosi genuina non segue ad alcuna infezione: malattie infettive intercorrenti sono però non di rado causa di morte nella nefrosi, altre volte però malattie intecorrenti apportano un sensibile migioramento ed anche la guarigione completa (tali malati si espongono perciò anche appositamente al contagio morbilloso o alla piretoterapia). Anche le forme miste glomerulo-tubulari, le glomerulonefriti diffuse cioè con impronta nefrotica (dette anche pseudonefrosi) per azione di una infezione spesso cambiano di colpo il quadro. Oltre che nella nefrosi genuina, troviamo la sindrome nefrotica più frequentemente nello stadio secondario della lues (talora la nefrosi si manifesta durante la cura specifica, nel senso di una reazione di Herxheimer), nella gravidanza (nefrosi gravidica) e nella amiloidosi del rene. La sindrome nefrotica è una malattia benigna che non conduce mai ad uremia nè a debolezza circolatorai; la glomerulonefrite diffusa delle forme miste e la amiloidosi hanno la loro propria prognosi. Il solo pericolo è la tendenza alle infezioni intercorrenti, che come si è detto possono essere causa di morte oltre che di miglioramento.

Il sintomo cardinale della sindrome nefrotica è la ipoproteinemia con spostamento a sinistra dei proteidi plasmatici. La ipoproteinemia è stata attribuita alle forti perdite di albumina attraverso la urina: esperienze su animali dimostrano che per provocare con salassi una ipoproteinemia, è necessario sottrarre quantità di proteidi molto maggiori di quelli che vanno persi con la urina nella sindrome nefrotica. Inoltre la ipoproteinemia non viene influenzata da una abbondante somministrazione di proteidi, e anche la trasfusione di sangue la modifica solo transitoriamente. La « grande albu-

minuria » dei nefrosici non è dunque la causa della ipoproteinemia. Questa dipende da una grave alterazione della rigenerazione dei protcidi ematici: la sindrome nefrotica va quindi considerata una malattia del ricambio primitiva e generale. Dalle altre forme di ipoproteinemia essa si distingue per la albuminuria e le alterazioni del ricambio lipoidico: mentre nella ipoproteinemia della cirrosi epatica, della miodegeneratio cordis, dello Sprue e di alcuni stati di inanizione la colesterina è bassa e l'albuminuria o non esiste o è insignificante, ipercolesterinemia ed albuminuria rappresentano i principali fattori della sindrome nefrotica. Si tende ad ammettere come causa della sindrome nefrotica una degenerazione dei proteidi, che li renderebbe eterogenei al sangue: essi verrebbero allora eliminati dal rene senza che esista un disturbo di permeabilità dei glomeruli, analogamente a quanto si verifica per la proteina di Bence-Jones.

Chimicamente non è stato possibile dimostrare nella sindrome nefrotica la degenerazione dei proteidi del plasma ematico: importanti argomenti a favore sono l'intorbidamento pseudochiloso del plasma e spesso anche del liquido dell'edema (presente però anche in altre ipoproteinemie senza albuminuria) e le deviazioni che qualcuno ha dimostrato per le globuline nelle prove di precipitazione. Trasfusioni di plasma di nefrotici a sani, non sono però seguiti da albuminuria. Come nella glomerulonefrite diffusa, anche nella sindrome nefrotica la partecipazione del rene può comparire dopo le altre manifestazioni e può in alcuni casi mancare del tutto (« nefrosi senza nefrosi »). L'A. non ha mai visto trasformarsi in sindrome nefrotica la ipoproteinemia con edemi dello Sprue, della cirrosi epatica, della gastroenterite cronica o di stati di inanizione, se anche anatomicamente possano comparire alterazioni degenerative del rene: non ritiene adatto a questi casi il nome « nefrosi senza nefrosi ». Si conoscono invece tutte le possibili forme di passaggio dalla miodegenerazione del cuore con normale composizione dei proteidi ematici e solo gli edemi cardiaci soliti, fino alle forme nettamente caratterizzate di sindrome nefrotica. La miodegenerazione del cuore spesso in tali casi è poco spiccata; alla estremità di questa serie si devono considerare le nefrosi senili in cui manca qualsiasi indizio clinico di miodegenerazione del cuore e che appaiono come pure nefrosi lipoidiche.

Oltre alla ipoproteinemia, agli edemi e alla albuminuria, uno dei sintomi cardinali della sindrome nefrotica è la lipemia con lipoiduria. Non se ne conosce la genesi: ad ogni modo si devono considerare espressione immediata del disturbo che sta a base della sindrome nefrotica. La abbondanza o povertà dei grassi nell'alimentazione non influisce affatto sulla lipemia, sarebbe quindi errato ridurre sensibilmente i grassi nella dieta del nefrosico, indebolito dalla sua malattia.

Una terapia efficace della nefrosi deve tendere non solo a ridurre gli edemi, ma anche a normalizzare i proteidi del sangue e la lipemia. Contro gli edemi sono utili l'acetato di potassio e l'urea, il salirgan non è controindicato come per le nefriti, neppure se esiste una lieve partecipazione glomerulare; la glicocolla ad alte dosi orali (40-80 gr. per lungo tempo) elimina oltre agli edemi anche la albuminuria ed aumenta i proteidi del plasma. Con la glicocolla si attua quindi una terapia causale, la sua somministrazione incontra però serie difficoltà. Recentemente si sono proposte iniezioni endovenose di siero umano concentrato: i risultati di questa e di altre simili terapie sono però ancora molto incerti. Un sorprendente effetto sulla diuresi è spesso provocato da una infezione intercorrente; nella nefrosi lipoidica pura può seguire guarigione completa della nefrosi, nelle forme miste a glomerulonefrite dopo passata la malattia intercorrente si ripristina il quadro di prima. Non di rado si ottengono buoni risultati nella sindrome nefrotica, con la opoterapia tiroidea; anche alte dosi sono per lo più tollerate bene dai nefrosici. P.

Nefrosi lipoidea congenita.

(P. GAUTIER e D. MIVILLE. *Revue Méd. de la Suisse Romande*, 25 settembre 1942).

La nefrosi lipoidea è relativamente frequente nella prima infanzia, specialmente sopra i 2 anni di età (Bertier); rara invece in soggetti sotto i 2 anni, diventa rarissima in quelli che non raggiungono 1 anno: Gautier e Miville ne hanno raccolti dalla letteratura soli 6 casi, di età varia fra i 2 e gli 11 mesi.

Quanto poi alla nefrosi lipoidea del neonato, o congenita, essi non ne hanno trovato nessun caso pubblicato; peraltro ne citano brevemente due, osservati di recente a Zurigo dalla dott.ssa Kousmine Meyer, avendone avuto da lei, che ne farà oggetto di studio, la comunicazione orale.

Vale quindi la pena di riassumere con qualche dettaglio l'osservazione personale di Gautier e Miville: trattasi di una neonata; il padre gode buona salute; la madre, di 32 anni, ha avuta una prima gravidanza abortiva al 2° mese; la seconda gravidanza è decorsa normalmente: il parto ha avuto luogo però con applicazione di forcipe, dovendo venir affrettato per evidenti segni di sofferenza da parte del feto. La neonata pesa gr. 2,530; emette deboli vagiti; il suo stato richiede la somministrazione di cardiotonici per 24 ore. Già alla nascita e successivamente nei primi giorni di vita, si nota edema del volto, edema che impedisce alla neonata di aprir gli occhi. Tale edema persiste nei giorni successivi e si estende ad altre regioni del corpo: è specialmente evidente al-

le coscie e al dorso delle mani; non vi sono per contro versamenti a carico delle sierose, nè idrotorace, nè ascite. La cute è di un pallore giallastro. La palpazione fa escludere l'ipotesi di un tumore renale. A carico del cuore si rileva soltanto una bradicardia spiccata: 80 battiti al minuto. Nulla a carico dell'apparato respiratorio.

Per sondaggio vescicale si ottiene una scarsissima quantità di urina, torbida, che permette di venire a conoscenza dei dati seguenti: vi sono numerose cellule epiteliali, quasi tutte ripiene di grasso; qualche polinucleato; rarissimi cilindri epitelio-grassosi; non emazie; al microscopio polarizzatore, si vedono cristalli birifrangenti, i quali fanno subito orientare la diagnosi verso la nefrosi lipoidea. Detta urina contiene inoltre albumina in quantità notevole (il dosaggio quantitativo non si è però potuto eseguire).

Altri dati fondamentali sono forniti dallo studio del sangue, che vien prelevato mediante puntura del seno longitudinale: proteine totali (al refrattometro) 54; albumine 23; rapporto albumine-globuline 0,66; colesterinemia 2,10; urea 0,26; tensione osmotica 241,6. Le reazioni di Wassermann, Hecht e Kahn sono negative nel sangue sia della neonata che della madre.

L'esame emocromocitometrico mette in evidenza un'anemia ipocromica e una leucocitosi con linfocitosi; nulla di particolare all'esame istologico.

Vi è oliguria di alto grado e ipotermia notevole; persiste la bradicardia; compare vomito ripetuto.

Si somministra teobromina, uabaina, coramina e si fanno iniezioni intramuscolari di sangue materno. La neonata muore dopo tre giorni dall'ingresso in clinica, nel suo 20° giorno di vita. L'autopsia non ha potuto essere eseguita.

Riferendosi ai valori normali per il lattante, la proteinemia di questa piccola ammalata era normale, il rapporto albumine-globuline era invertito, la tensione osmotica vicina al limite inferiore della norma, l'azotemia normale, la colesterinemia nettamente aumentata.

Nella discussione del loro caso, gli AA. prendono in esame ed escludono l'una dopo l'altra le seguenti ipotesi diagnostiche:

1) l'anasarca feto-placentare con eritroblastosi;

2) gli edemi da cause cardio-circolatorie;

3) gli edemi da fame, da carenza alimentare, da avitaminosi;

4) le malformazioni e i tumori renali: rene policistico, sarcoma, ipernefroma, ecc.

5) la nefrite da sulfamidici, ipotesi che vien presa in esame perchè alla madre, durante il puerperio, eran stati somministrati, come misura profilattica contro eventuali complicazioni settiche, 34 gr. di Cibazol in 7 giorni;

6) la nefrite sifilitica, che pure può essere accompagnata da numerosi segni di lesioni renali di tipo nefrotico.

Concludendo, gli AA.. pongono la diagnosi di nefrosi lipoidea in base ai seguenti sintomi: edemi, albuminuria, cristalli birifrangenti nelle urine, inversione del rapporto albumino-globuline, ipercolesterinemia.

Gli AA. sottolineano ancora, come la caratteristica più interessante di questo caso, la precocità dell'insorgenza della nefrosi lipoidea, precocità tale da potersi parlare di malattia congenita: il che, secondo loro, porta ad escludere molti fattori patogenetici, che altrimenti sarebbero da prendere in considerazione, e fa sospettare, nonostante la negatività della R. W. nella madre e nella neonata, l'ere-do-lues quale possibile causa etiologica.

A. B.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE

Lavori scientifici 1940-1941 dell'Istituto Sanatoriale « Principi di Piemonte ». Clinica Tisiologica della R. Università di Napoli. A. Omodei Zorini, direttore.

L'attività scientifica dell'Istituto « Principi di Piemonte », per quanto ridotta dalle esigenze belliche, ha continuato a svolgersi durante l'anno scolastico 1940-1941 con un ritmo intenso: essa è documentata da 42 pubblicazioni scientifiche del direttore prof. A. Omodei Zorini e dei suoi allievi.

Un primo gruppo di ricerche riguarda lo studio delle sostanze enzimatiche nei tubercolosi.

Nei malati di tbc. polmonare Scoz ha osservato che le variazioni del potere lipasico del plasma *sono parallele alla capacità di resistenza* dell'organismo all'infezione tubercolare. Condotte su varie centinaia di malati le ricerche hanno dimostrato: 1) che i valori alti di lipasi plasmatica testimoniano per una buona capacità di resistenza dell'organismo, mentre la loro diminuzione ha significato opposto; 2) che la diminuzione oltre un certo limite è segno di prognosi grave, a meno che una terapia adatta (ad esempio pnx) non interrompa il corso della malattia.

Lo Scoz ha istituito un parallelo molto interessante fra determinazione del potere lipasico del plasma (corrispondente alla capacità di resistenza del soggetto) e velocità di sedimentazione delle emazie (corrispondente al grado di intossicazione).

Per le ricerche sui rapporti tra lipasi del plasma e del fegato venne elaborato un metodo di determinazione della lipasi epatica, e vennero inoltre studiati i rapporti tra lipasi ed acido ascorbico, il comportamento della lipasi plasmatica ed epatica della tbc, sperimentale e nella pseudotubercolosi.

Vennero inoltre continuate da Scoz e collaboratori (Filla, A. Guzzi) le ricerche sulle so-

stanze ad azione tromboplastinica del sangue e studiato un metodo di determinazione della concentrazione della tromboplastina nel sangue periferico, mediante il quale si poterono mettere in evidenza casi di emottisi con ipotromboplastinemia ed indicata la possibilità di eliminare questa deficienza con la somministrazione di forti quantità di acido ascorbico.

Ulteriori interessanti contributi vennero portati da Scoz, Castaldi, Filla e dott.ssa Marconi allo studio già svolto nel 1940 sulla permeabilità respiratoria dei malati in via di dimissione dal Sanatorio, o in cura di pnx, mediante la prova di Knipping Scoz; il Filla ha, inoltre, esteso le sue esperienze sulla eritrocitosi e leucocitosi da sforzo come indice di valutazione più o meno completa di processi morbosi.

Nel campo ematologico è pure da segnalare il lavoro di Chiti sulla emogenia e tubercolosi, in cui l'A. nega l'esistenza di un rapporto diretto tra costituzione, tubecolosi e porpora emorragica.

Un altro gruppo di ricerche riguarda le *bronchiettasie*, che vennero comunicate al Congresso Tedesco di Tisiologia, tenutosi a Baden nell'ottobre del 1941.

Omodei Zorini ha illustrato a quel Congresso la sua sindrome di « bronchiolite cronica bronchiettasica » sulla base di nuove osservazioni cliniche, e Pigorini ha descritto le fini alterazioni radiologiche comuni e broncografiche di tali affezioni.

La dott.ssa Aprile-Abruzzini ha, inoltre, illustrato una nuova sindrome clinica di *Bronchiettasie apicali*, a sè stante, che si devono distinguere dalle così dette « bronchiettasie fruste » successive ad una vecchia tbc. cronica fibrosa.

L'attività chirurgica per opera di Abruzzini e collaboratori è stata molto intensa, come si rileva dalla relazione clinico-statistica del reperto. Abruzzini ha descritto, inoltre, dei casi clinici di particolare interesse, tra cui una emorragia grave consecutiva ad operazione di Jacobaeus, trattata e guarita con autotrasfusione, adoperando il sangue versatosi nella stessa cavità pleurica dell'individuo. Vennero, inoltre, continuate e perfezionate durante il 1941 da Omodei Zorini e da Abruzzini le indicazioni cliniche, la tecnica operativa e la condotta terapeutica dell'apicolisi con pnx extrapleurico su di un vasto materiale clinico, che verrà particolarmente illustrato nel 1942.

Bazzicalupo ha studiato l'azione inibitrice dei preparati chaulmoogrici sullo sviluppo del micobatterico tubercolare e l'azione terapeutica degli stessi preparati nella tbc. polmonare ed ha svolto altre ricerche sulla allergometria e sul tempo di circolo.

Vanno pure segnalati il lavoro « Sulla genesi delle caverne tubercolari del polmone » del direttore dell'Istituto A. Omodei Zorini, che fa parte del volume « Sulla genesi delle varie sindromi cliniche della tbc. polmonare », dove è sviluppata una nuova concezione di tisiogenesi polmonare in base alla discussione critica delle varie dottrine, meccanica, biologica, anatomopatologica, ecc.; il lavoro del Venuti sulla genesi del rantolo orale, di Scoz e collaboratori sulle vitamine A e D nella terapia della tbc. polmonare, di Chiti sull'azione dell'acido nicotinico nella cura delle diarree degli ammalati di tbc. polmonare, di Iaccarino sulle anomalie della gabbia toracica, di Rubino sulle distonie del miocardio, di Palermo, De Bonis e Valentini.

Nel 1941 vennero compilate due monografie: una per opera di Omodei Zorini sulla « Terapia della tbc. polmonare », che farà parte del nuovo volume di Terapia Medica in corso di stampa, diretta da Galdi e edita da *Minerva Medica*, ed una seconda ad opera di Palermo sulla « Tubercolosi nella Campania ».

Questo complesso di ricerche scientifiche, eseguite in mezzo a difficoltà d'ogni genere, stanno a denotare l'alto grado di cultura e la tenacia del personale medico dell'Istituto Sanatoriale « Principi di Piemonte », che sotto la guida didattica e scientifica del Direttore contribuisce validamente a mantenere alte le gloriose tradizioni della Scuola Tisiologica Italiana.

a. p.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

A. PAZZINI. *Medici in cammino*. Editoriale Arte e Storia, Milano-Roma. Prezzo L. 20.

E' una serie di schizzi biografici dei grandi pionieri della medicina, raggruppati in quattro epoche, che l'A. chiama interludii, ai quali fa da preludio il complesso dei precursori greco-romani.

Lo stile è fiorito, talvolta enfatico, e riesce a mettere in netto rilievo le benemerenze di coloro che segnarono le grandi tappe del pensiero medico.

DR.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Posta dell'Amministrazione

Agli abbonati.

Teniamo a dichiarare che la spedizione del nostro periodico si effettua con assoluta regolarità; i ritardi che gli abbonati segnalano e deplorano, devono ascriversi alla riduzione del personale addetto alle Poste, riduzione inerente ai richiami sotto le armi, che ha per conseguenza uno straordinario ingombro nei servizi.

Intervengono, dunque, circostanze di forza maggiore e i reclami che numerosissimi ci giungono, non colpiscono l'amministrazione del periodico, la cui puntualità è tradizionale, e — possiamo affermarlo con legittimo orgoglio — senza esempi nel campo della nostra stampa sanitaria.

L'EDITORE.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DIAGNOSTICA.

La diagnosi di epilessia mediante i piccoli segni di deficienza piramidale.

La diagnosi di epilessia presenta, specie dal punto di vista medico-legale, molte difficoltà in relazione all'imprecisione delle descrizioni fatte dal paziente o dai testimoni dell'accesso, al carattere atipico della crisi nervosa e all'assenza di fatti clinici rilevabili con l'esame neurologico.

L'encefalografia ha dato al riguardo un contributo notevole fornendo elementi decisivi consentendo di rilevare anche la natura epilettica di disturbi nervosi indipendentemente dalla grande crisi convulsiva.

Ma, osserva J. A. Barré (*Revue Neurologique*, n. 3-4, 1942) la tecnicologia nervosa, oltre ai segni che si verificano durante l'accesso, può rilevarne anche durante i periodi interaccessionali, quando il supposto epilettico non ha nessun disturbo e sembra del tutto non differente da un soggetto normale. Al riguardo sono da ricordarsi i segni della piccola deficienza piramidale da un lato del corpo: manovra della gamba, manovra del braccio teso, minore divaricamento delle dita, indebolimento dei riflessi addominali.

La manovra della gamba si esegue facendo decombere il paziente sull'addome e gli si dispongono le gambe in flessione ad angolo retto sulle coscie: la gamba dal lato deficitario ricade sul letto.

La manovra del braccio teso si esegue facendo tenere al paziente ambo gli arti superiori distesi in avanti in posizione orizzontale: l'arto del lato deficitario si abbassa più rapidamente di quello controlaterale.

Il minore divaricamento delle dita si pratica invitando il paziente a divaricare fortemente le dita delle mani, malgrado gli sforzi fatti le dita del lato deficitario appaiono più avvicinate di quelle del lato opposto.

Tali segni sono risultati positivi in un'alta percentuale di casi di epilessia accertata.

Oltre che un notevole valore clinico e medico-legale essi hanno una grande importanza patogenetica in quanto apportano un argomento nuovo a favore della tesi della natura organica dell'epilessia. Essi attestano che, anche se il riflesso simpatico ha un'azione nello scatenamento dell'accesso convulsivo, esso si effettua su una regione cerebrale già alterata.

DR.

CASISTICA

Due casi di poli-ipovitaminosi e sintomatologia pellagrosa frusta.

In una lezione clinica C. Gamna (*Minerva Medica*, 29 settembre 1942) ha illustrato due casi riguardanti due ragazzi, rispettivamente di 16 e 14 anni, che sottoposti ad incongrua e scarsa alimentazione ed a grave lavoro fisico presentarono, accanto ad uno stato di grave deperimento generale, particolari alterazioni cutanee: le estremità presentavano chiazze cutanee di colorito rosso-violaceo, aree di discromia con note di iperpigmentazione, lucidità e secchezza della cute, che in alcuni punti assumeva aspetto pergamenaceo e si desquamava. In uno dei due pazienti tali alterazioni erano sul collo.

L'A. fa rilevare la somiglianza di queste lesioni con le manifestazioni cutanee proprie della pellagra, di cui però nei casi in esame mancavano i sintomi nervosi e gastroenterici. La natura pellagrosa dell'affezione è stata anche dimostrata dalla quasi totale assenza del fattore PP. (acido nicotinico) nell'urina e nel sangue dei pazienti. In tali casi si deve perciò parlare di ipovitaminosi, o meglio di poli-ipovitaminosi, data anche la presenza di fenomeni da riportarsi a carenza di vitamina B_2 (riboflavina).

F. T.

Malattie gastro-enteriche e avitaminosi B.

O. Carrere Comes (*Acc. Med. Pistoiese* « Filippo Pacini », seduta dell'11 ottobre 1942 a Montecatini-Terme) descrive tre casi in cui, in presenza di sindromi gastroenteriche, si ebbero manifestazioni, che potevano ritenersi appartenenti ad uno stato carenziale da prevalente avitaminosi B-1 e B-2.

Il primo caso riguardava una giovane donna con grave colite ulcerosa, idrope generale, anemia normocromica macrocitica, deficit motorio degli arti inferiori, spiccati disturbi di conduzione del miocardio.

Il secondo caso un uomo precedentemente gastroresecato con disturbi enterocolitici, stato idropico, anemia perniciosiforme, sindrome di Lichtheim. Il terzo caso si riferisce ad una donna con precedenti enterocolitici, in cui si presentò, accanto ad una recrudescenza della sintomatologia intestinale, una grave anemia perniciosiforme con sintomatologia nervosa e segni di deficit miocardico. Si espongono i criteri clinici e terapeutici in base ai quali si è creduto di ritenere molte delle manifestazioni osservate come espressione di avitaminosi B-1 e B-2 e si illustrano i probabili rapporti patogenetici fra manifestazioni avitaminosiche e lesioni gastroenteriche.

TERAPIA

La cura delle ulcere gastriche e duodenali con gli ormoni sessuali.

Nella seconda Clinica medica universitaria di Monaco fino ad un anno e mezzo fa l'ulcera gastroduodenale si curava col riposo a

letto, la dieta e i preparati di belladonna; da allora si cura cogli ormoni sessuali e, come riferisce O. v. Loewenstein (*Münch. Mediz. Wochenschr*, n. 28, 1942), ne sono stati trattati 38 casi in clinica e 42 ambulatoriamente; di questi 65 soffrivano da oltre 6 mesi e 15 erano recenti. La diagnosi era stata accertata con esami radiologici, gastroscopici, delle feci e con sondaggio, alla fine della cura su 49 pazienti si poterono ripetere gli esami diagnostici ed in 44 l'ulcera non era più dimostrabile perchè guarita o cicatrizzata, in 5 il reperto radiologico e gastroscopico risultò invariato ma i disturbi molto attenuati; nei rimanenti 31, non controllati, questi erano scomparsi. Solamente in 7 casi si ebbe recidiva dopo oltre 6 mesi. Per la cura ambulatoria si facevano per 4 settimane 3 iniezioni settimanali di 1 mg. di progynon o 0,5 mg. di cyren B (preparato di stilbene) e nella 5ª e 6ª settimana due iniezioni, ad ogni seconda iniezione si aggiungeva una dose di 25 mg. testoviron; per lo più si praticava una iniezione settimanale per ancora 3-4 settimane. Invece per la cura in clinica si davano durante la prima settimana 1 mg. di progynon al giorno, facendo 5 iniezioni nella seconda e 4 nella terza, inoltre due volte la settimana 25 mg. di testoviron; quest'ormone è necessario negli uomini per far regredire le frequenti tumefazioni dolorose delle mammelle e nei due sessi migliora lo stato generale ed ha azione tonicizzante. Nelle dosi ambulatorie l'ormone follicolare non disturba le funzioni mestruali; le dosi forti della cura di degenza invece devono essere sospese 8 giorni prima della mestruazione e conviene anche dare 6 giorni avanti del proluton. Col cyren l'effetto curativo è meno pronto e si hanno spesso malesseri, vertigini e peso al capo. La cura ambulatoria è stata eseguita senza dieta speciale, solo vietando la nicotina, l'alcole, il sale e le droghe ed alla fine evitando la ripresa di lavori troppo gravosi; con la degenza già alla 6ª iniezione si ha un miglioramento soggettivo e alla 9ª per lo più tutti i disturbi cessano, invece ambulatoriamente il progresso è più lento, l'aumento del peso è scarso, non oltre 1-1½ kg., mentre col riposo e la dieta si arriva a 5-8 kg., l'appetito ritorna rapidamente tanto che i malati si rimpinzano lo stomaco; se a tale rapido successo contribuiscano le dosi forti di ormoni, non si può dire, certamente ha una grande importanza la dieta ricca di calorie che si dà in clinica; per questa l'A. non ha seguito schemi particolari, curando che fosse abbondante di vitamine e già al secondo giorno dando succhi di frutta e di legumi. I resultati ottenuti colla cura ambulatoria, nonostante la deficenza della dieta, depongono per l'efficacia della cura stessa.

Il meccanismo d'azione risiede nell'influenza tonica, nell'aumento della resistenza organica generale e nell'epiremia da vasodilatazione locale. L'A. consiglia di praticare dapprima 3 settimane di cura di degenza e poi di continuar la cura ambulatoriamente e ritiene la cura ormonale un acquisto essenziale dell'armamentario terapeutico dell'ulcera gastroduodenale, equivalente se non superiore agli altri mezzi curativi. A. P.

Salicilato di sodio endovena e sondaggio duodenale nella cura dell'angiocolite e colecistite.

M. Del Dotto (*Acc. Med. Pistoiese* « Filippo Pacini », seduta del 17 ottobre 1942) ha dimostrato che il doppio trattamento possiede netta azione coleretica e colagoga, certamente di gran lunga superiore a quella posseduta dal solo sondino. Sotto l'azione del salicilato di sodio aumenta molto il deflusso biliare. La bile si presenta dall'inizio alla fine sempre più chiara di quella ottenuta prima dell'iniezione e mostra spesso un intorbidamento che però si fa sempre meno evidente col migliorare della malattia. Detta combinazione terapeutica, sfruttando l'azione eccitante e colagoga del sondino e quella stimolante la secrezione biliare, antisettica ed antitremica del salicilato di sodio, ci ha dato risultati molto brillanti nella grande maggioranza dei casi così curati, e spesso in modo nettamente superiore a quello ottenuto con altri sistemi. L'indicazione della suddetta associazione meccanico-medicamentosa ci sembra, fra tutte le malattie epatobiliari di tipo infiammatorio, particolarmente efficace nelle forme prolungate subdole con febbricola, ittero parziale o subittero, esito di flogosi biliari acute oppure nella riacutizzazione di quelle croniche.

S. Pisani ricorda in proposito come l'uso del salicilato di sodio fosse da vecchi clinici assai decantato nel così detto ittero catarrale e nelle forme infettive in genere delle vie biliari e riferisce i buoni risultati ottenuti da lui, colla iniezione di 20-40 cmc. di salicilato al 4 % nel duodeno mediante il sondino di Einporn.

Con tale terapia, ripetuta quotidianamente ad ogni 2-3 giorni a seconda della tolleranza dei malati, Pisani ha constatato in particolare la forte eliminazione dei così detti cilindri biliari che egli ha descritto nel 1913 quasi contemporaneamente. S.

MEDICINA SCIENTIFICA

Studi sul potere antisolfamidico.

Recentemente Stamp e Green hanno potuto dimostrare la esistenza di « sostanze antisolfamidiche » la cui identificazione chimica è riuscita a Woods e Fildes. Questi AA. hanno infatti indicato l'acido p. aminobenzoico come provvisto della proprietà di neutralizzare la solfamide sia in vitro che in vivo.

Successivamente Lwoff, Nitti e Tréfouël videro che i peptoni batteriologici contengono

quantità assai elevate di antisolfamide. Tutte queste ricerche hanno una fondamentale importanza, che esorbita dal campo di studio limitato dei composti solfamidici: si viene creando un nuovo capitolo di fisiologia microbica.

Ora Nitti F., Tabone J. (*Annales Institut Pasteur*, aprile 1942) hanno analizzato il comportamento di varie specie batteriche di fronte all'acido p-aminobenzoico e al peptone. Essi hanno potuto dimostrare che:

Il B. Proteus, B. Friedländeri ed E. Coli sono egualmente sensibili all'azione antisolfamidica del peptone e dell'acido p-aminobenzoico.

La pneumococco e lo streptococco sono poco influenzati dall'antisolfamide del peptone, mentre risentono vivamente l'azione dell'acido p-aminobenzoico.

Il meningococco e il gonococco sono indifferenti all'azione antisolfamidica del peptone, mentre hanno una discreta sensibilità per l'acido p-aminobenzoico.

In base a queste constatazioni gli AA. formulano tre ipotesi:

1) L'antisolfamide del peptone e dell'acido p-aminobenzoico sarebbero due corpi distinti.

2) L'antisolfamide del peptone potrebbe essere un complesso protidico contenente nella sua molecola dell'acido p-aminobenzoico, e l'azione antisolfamidica sarebbe legata alla struttura stessa di questo complesso.

3) Infine il modo di azione dell'antisolfamide del peptone potrebbe essere diverso da quello dell'acido p-aminobenzoico. Si potrebbe, in via d'ipotesi, pensare fra l'altro che la permeabilità cellulare sia ineguale per l'acido p-aminobenzoico e per l'antisolfamide del peptone.

Si tratta di un campo di studio appena aperto, ma pieno di promesse. Nuove, fondamentali cognizioni sui fattori, che regolano lo sviluppo e la moltiplicazione dei germi potranno venire acquisite.

Estremamente interessanti da un punto di vista teorico, questi studi hanno anche strettissimi rapporti con i problemi terapeutici di grande attualità, relativi al modo di azione dei composti solfamidici. È da augurarsi che una più perfetta conoscenza dei meccanismi batteriostatici possa contribuire all'ulteriore progresso dei nostri mezzi di difesa contro le malattie microbiche. GIUNCHI.

VARIA

La morbosità e la mortalità in Inghilterra nel secondo anno di guerra.

A seguito dei bombardamenti aerei la mortalità della popolazione civile in Inghilterra nel secondo anno di guerra è aumentata del 10 per cento.

La mortalità per tubercolosi polmonare è aumentata del 6 per cento nel primo anno di guerra e del 10 nel secondo; anche le altre forme di tubercolosi, specie la meningite, sono state più frequenti.

La meningite cerebro-spinale ha dato un numero di morti 4 volte superiore su quello dell'anteguerra.

La mortalità per polmonite non è diminuita, malgrado i nuovi mezzi terapeutici, il che può mettersi in conto dello straordinario rigore degli inverni e dei perfrigeramenti nel corso delle incursioni aeree.

Anche la mortalità infantile è aumentata notevolmente: la difterite, la pertosse hanno causato numerosi decessi.

Il reumatismo articolare acuto ha causato meno morti nella fase acuta e più per le complicazioni tardive.

La mortalità per diabete è rimasta stazionaria, è diminuita quella per gozzo esoftalmico, è aumentata quella per anemia perniciosa e per ulcera gastro-duodenale.

Sono anche aumentati i decessi per tifo, dissenteria, enterite, schizofrenia, epilessia, pleurite, ernia, idrocefalo congenito, stenosi pilorica, cancro, affezioni della prostata e artrite reumatica. I suicidi, specie nelle donne, sono diminuiti. (*Lancet*, 14 febbraio 1942).

DR.

Impressioni di un medico sugli Stati Uniti.

H. F. Tecoz (*Praxis*, 22 ottobre 1942) riferisce le impressioni avute nella sua permanenza in America da un ufficiale medico inglese e pubblicate nel *Lancet*. L'ufficiale medico fu colpito da molti contrasti: mentre l'igiene pubblica e privata erano molto sviluppate sicchè è scarso il numero di molte malattie infettive, invece ogni tanto si hanno epidemie di paralisi infantile e molto grande è il numero degli affetti da malattie veneree e dei traumatizzati. Inoltre stupefacenti erano le pessime condizioni in cui era tenuto il canale che traversava la città e nelle cui acque si versavano i prodotti di rifiuto delle officine costruite sulle rive. Molto numerose ed attive sono le società mediche per lo scambio di vedute e discussione di problemi scientifici. Gli ospedali sono ampi, ottimamente tenuti e ricchi di ogni specie di apparecchi e di una grande abbondanza di personale. F. T.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

E. BAFFA. *Prognosi delle endocarditi settiche da Streptococco in relazione alla terapia sulfamidica.* Arti Grafiche Gualdoni, Milano, 1942.

N. TECCE. *Influenza del « luogo » sulla morbosità Heine-Mediana.* Tip. Immacolata Concezione, Moden, 19742.

G. FABRI e D. PARMEGIANI. *La laparoscopia quale metodo di diagnostica differenziale nelle affezioni addominali.* Edizioni Italiane, Roma, 1942.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

Borse di studio e premi d'incoraggiamento.

II. concorso d'Idrologia medica.

La Federazione Naz. Fasc. degli Esercenti l'Industria Idrotermale avverte di aver aggiornato al 31 dicembre 1943-XXII il termine del II Concorso per n. 3 Borse di Studio e n. 3 Premi d'incoraggiamento per lavori sperimentali, biologici e clinici di idrologia medica relativi alla utilizzazione terapeutica delle acque minerali italiane, di cui all'avviso del 15 aprile 1942-XXI, per dar modo di parteciparvi a coloro che si trovano alle armi.

Sede: via della Scrofa 57, Roma.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Sono stati abilitati alla libera docenza i tenenti colonnelli med.: Antonio Spezzaferri in igiene, Michele Pagano, Alfredo Canaviglio e Nicolino Santoro in clinica oculistica.

Il Commissario prefettizio degli Istituti ospitalieri di Milano avv. gr. uff. Sileno Fabbri, ha distribuito i premi delle due Fondazioni istituite presso l'Ospedale Maggiore dal conte prof. Prassitele Piccinini per incoraggiare gli studi di storia di medicina e dell'igiene, della tecnica e della storia degli Ospedali, con particolare riguardo all'azione svolta dalla Chiesa Cattolica.

Il premio di una Fondazione è stato assegnato per intero al Padre Mario Vanti dei Ministri degli Infermi (Camilliani). Il premio della seconda, non assegnato perchè non furono presentati lavori ritenuti meritevoli, è in parte stato attribuito a due autori di lavori medici storici per incoraggiamento ed in parte è stato conferito al prof. Nicola Latronico per appoggiare la sua iniziativa a favore di un Istituto di storia della medicina presso l'Università di Milano.

NOTIZIE DIVERSE

Insegnamento della clinica tropicale nelle università di Modena e di Cagliari.

Recentemente l'Ecc. il Ministro dell'Educazione Naz., su unanime designazione delle rispettive facoltà mediche, ha nominato titolare della cattedra di Clinica di Malattie Tropicali e Subtropicali della R. Università di Modena il prof. Acanfora Giuseppe di Roma, e titolare della cattedra della stessa disciplina nella R. Università di Cagliari il prof. Girolami Mario di Bologna.

Il provvedimento è un auspicio ed un atto di fede nel sicuro avvenire della nostra espansione coloniale.

L'Italia onora uno studioso germanico benemerito del Giappone.

Come già venne ricordato, l'Istituto italiano per il medio ed estremo Oriente ha reso omaggio, nella propria Rivista « Asiatica », ad un pioniere germanico degli studii sul Giappone, Filippo Francesco von Siebold, nato a Würzburg nel 1796 da padre professore in quella facoltà medica e medico egli stesso, oltrechè studioso eclettico, geografo, naturalista, etnologo.

Il dott. Siebold avendo potuto entrare in Giappone nel 1823 (quando cioè gli stranieri non erano ancora ammessi), seppe cattivarsi la fiducia e l'affetto dei giapponesi sia facendo il medico e sia compiendo studi accurati di indole varia, raccolti in ottimi lavori che portò con sè in Germania.

Tornato di nuovo in Giappone portò poi in patria altro ricchissimo materiale documentario di ogni specie, che fece oggetto anche di nuove pubblicazioni. Morì a Monaco a 70 anni nel 1866.

Il prof. M. Trautz, direttore dell'« Istituto per il Giappone » in Berlino, ha pubblicato nel 1930 l'opera principale di Siebold, intitolata « Nippon », dimostrando come questi sia stato un precursore nel campo della Nippologia.

L'« Istituto Italiano per il Medio ed Estremo Oriente », presieduto dal sen. Gentile, segnalando il grande medico tedesco, ha inteso di rendere in lui omaggio ai due grandi Paesi amici ed alleati, Germania e Giappone.

Per iniziativa della Associazione Italo-Germanica (Sezione Lombarda presieduta dal sen. Conte Treccani) lo stesso prof. Trautz terrà nel prossimo marzo a Milano una conferenza commemorativa del dotto medico germanico.

Il prof. Bocchetti sul fronte russo.

Il Generale Intendente dell'Armata Carlo Boglino ha tributato al col. med. prof. Federigo Bocchetti il seguente encomio, che avvalora la molteplice attività dell'insigne medico, da iscriversi nei documenti personali.

«Direttore del Centro chirurgico di Woroschilowgrad presso l'Intendenza dell'8ª Armata ideava e conduceva a termine, in meno di un mese, la costruzione di un Cimitero, definito dall'Eccellenza il Comandante d'Armata, nell'elogio rivolto al Direttore stesso ed ai suoi collaboratori, « Monumento degno della civiltà di Roma ».

« Nello stesso periodo di tempo organizzava e completava la esumazione, entro un raggio di 100 km. attorno alla città, e la inumazione nel Cimitero stesso delle salme dei soldati italiani e tedeschi, caduti nell'avanzata dal Donez al Don. L'opera, che onorando i Caduti tedeschi contribuiva anche a rinsaldare i vincoli degli alleati, testimonia nel colonnello Bocchetti fervore e nobiltà di sentimenti che egli seppe trasfondere nei dipendenti e concretare e suggellare nelle linee architettoniche del Cimitero e delle modalità della cerimonia che rimarrà a lungo impressa negli occhi e nel cuore di chi la vide ».

* * *

Ai feriti che si accingevano a ripartire per la Patria sul treno ospedale N. 12 il prof. Bocchetti ha rivolto sante parole di esaltazione e di fede nella vittoria.

Un po' dovunque.

Nel bombardamento aereo di Berlino la sera del 17 gennaio venne colpito l'ospedale « Am Urban ».

A Bologna è stato solennemente inaugurato il gagliardetto dei mutilati e dei grandi invalidi del lavoro. Il grande invalido di guerra e decorato al valor militare Giuseppe Steiner ha illustrato il significato della cerimonia.

La Società medico-chirurgica di Modena si è adunata il 9 dicembre; sono state fatte comunicazioni da: G. Fasanaro, A. Franciosi, P. Domenichini, A. Tavernari, A. Zanni Giberti.

Per invito della Presidenza centrale delle Associazioni universitarie di A.C.I. il prof. Vincenzo Mario Palmieri, ordinario di medicina legale e delle assicurazioni nella R. Università di Napoli, ha tenuto il 4 gennaio, nell'Aula magna del Pontificio Ateneo Lateranense, una conferenza sul tema « Medicina e Persona ».

Il 29 novembre venne inaugurata a Roma la sezione medica del « Giornale Parlato », con l'intervento dei proff. sen. Nicola Pende, cons. naz. Eugenio Morelli e Saladino Cramarossa; gli oratori furono presentati dal prof. Adalberto Pazzini.

Il compianto prof. Riccardo Dalla Vedova è stato commemorato all'Accademia Lancisiana di Roma dal ten. gen. med. Filippo Caccia.

In Croazia la durata degli studi medici, che era stata ridotta a 4 anni, è stata riportata a 12 semestri.

La « Wiener Klinische Wochenschrift » ha dedicato il fascicolo del 18 dicembre 1942 (n. 51) all'ortopedista viennese consigliere prof. Hans Spitzy, in occasione del 70° compleanno.

Si cercano in Germania medici francesi per gli operai francesi addetti all'industria; la notizia è pubblicata, in forma ufficiale, nella « Presse Médicale ».

In Francia il Comitato centrale di soccorso agli studenti prigionieri ha finora prestato aiuto a più di 26.000 universitari prigionieri. Perchè potessero continuare i loro studi, vennero forniti loro 375.000 libri scientifici, inviati a singoli studenti od a biblioteche (Presse Médicale, 1942, 52).

In Norvegia si è razionato l'olio di fegato di merluzzo. Ne è vietata la vendita al minuto. Le tessere vengono rilasciate a ragazzi nati dopo il 1° gennaio 1926, ad operai addetti a lavori notturni, a gestanti e madri lattanti lavoratrici. (Pharm. Weekbl., 1942, 1014).

Al Pireo si è fondato un Istituto greco-tedesco di biologia, ad iniziativa della Società Imperatore Guglielmo per il progresso della scienza, in seguito a convenzione tra il Reich e il governo greco. Questo mette a disposizione l'edifizio; il Reich, e per esso la Società Imperatore Guglielmo, provvede all'attrezzamento. Quale direttore è stato nominato il prof. Max Hartmann.

La Società dei naturalisti in Danzica ha celebrato il suo 200° anniversario il 2 gennaio. Venne fondata dal fisico Gralath, allora sindaco della città; fu la prima associazione del genere in Germania.

Si è fondata a Strasburgo la Società farmaceutica tedesca, sotto la presidenza del prof. Schlemmer, direttore dell'Istituto farmacologico dell'Università.

Le condizioni alimentari della Germania sono ora molto migliori di quelle avutesi nel corrispondente anno della guerra precedente. I grassi nel 4° inverno della precedente guerra non si poterono distribuire che in quantità di 100 g. per i consumatori normali, di 150 per quelli di massime fatiche; oggi i due quantitativi sono di g. 206 e 575. Per la carne si era, nell'inverno 1917, a g. 250 e 350; oggi si è a 350 e 950. Notevole è l'incremento avutosi nei quantitativi di farine e di pane (oggi a 1540 e 2765 g.), nelle patate ecc. La situazione è migliorata durante gli ultimi tempi: così è stata ristabilita la vendita dei prodotti alimentari da parte di carrettini ambulanti, nelle stazioni ferroviarie.

Si hanno notizie di una grave crisi alimentare nelle grandi città dell'India.

Il razionamento alimentare è stato reso più rigoroso nella Palestina.

Il Cardinale Ascalesi, Arcivescovo di Napoli, ha visitato i feriti dell'incursione nemica dell'11 gennaio, ricoverati nell'Ospedale dei Pellegrini.

La nave ospedale giapponese « Arabia », recante i contrassegni della Croce Rossa molto visibili, mentre il tempo era buono e la visibilità perfetta, è stata brutalmente attaccata da tre bombardieri americani, nel porto di Rangoon; è rimasta colpita soltanto leggermente e non si hanno a lamentare vittime umane.

La Lega delle stazioni di cura svizzere si è adunata il 12 dicembre a Berna, sotto la presidenza del dott. B. Diethelm.

È stato arrestato a Copenaghen il chirurgo Ole Chievitz, accusato d'intesa con i comunisti. L'arresto ha provocato molta impressione, soprattutto nella Finlandia. La « Svenska Pressen » ricorda che, in occasione della prima guerra invernale con i Sovieti, il prof. Chievitz offrì prontamente i suoi servizi; fu a capo di un'ambulanza danese. In riconoscimento della benefica attività svolta dal dicembre 1939 all'aprile 1940, la Lega finnica degli ufficiali medici lo nominò membro onorario straniero. Egli prestò di nuovo la sua opera volenterosa nella seconda guerra, durante l'estate del 1940, a favore della Finlandia. (« Praxis », 7 gennaio 1943).

In Polonia le autorità sanitarie hanno disposto la vaccinazione generale contro il tifo esantematico, mediante rickettsie coltivate con nuovi procedimenti in embrioni di pollo. Hanno anche disposto l'ospedalizzazione dei casi gravi e complicati di tracoma.

La Società medico-chirurgica della prov. di Como si è adunata il 29 dicembre. Sono state fatte comunicazioni da: L. Rossi, G. Bonezzi, R. Carpani.

La « Farmitalia » ha fatto una generosa offerta al Tempio di Duno, destinata a far incidere, nel Sacrario, i nomi dei medici caduti o morti in guerra.

La signora Maria Midena ved. Salvadori ha compiuto felicemente, a Udine, il suo 107° anno; vanta salute ottima, mente lucidissima e buona memoria; legge senza lenti; attende alle faccende domestiche.

Si sono spenti il prof. HUGUONENQ, decano onorario della Facoltà medica di Lione, ove fu celebre il suo insegnamento di chimica medica; e il prof. BORDIER, « aggregato » alla Facoltà medica di Lione, un pioniere della radiologia e della diatermia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 24-31 mag. 1942 — L. GALEAZZI e G. DE ANDREIS. Gas del tubo gastroenter.

Riv. Osped., apr. — E. GIUPPONI. Ulcere g.-d. perforate.

Min. Med., 30 giug. — D. CAMPANACCI. Una « brutta » faccia. — M. GEMMI. Aspiraz. endocavitaria Monaldi.

Rif. Med., 23 mag. — G. IZAR. «L. 639». — D. MILILLO. Pellagra non maidica.

Acta Med. Scand., IV-V. — A. R. FRISK. Derivati sulfamidici. — M. F. DE RAADT. Ricambio del ferro nell'anemia pern. — G. C. BRUN. Patogenesi dell'ulcera g.

Dermosifil., giug. — G. MANGANOTTI. Dermoepidermiti da intolleranza

Riv. Oto-Neuro-Oft., mar.-apr. — A. RUBINO. Sindrome chiasmatica.

Ann. It. di Chir., mar.-apr. — L. PARODI. Splenomegalie fibro-congestizie. — G. D'ERRICO. Appendicocele femorale. — M. RUSSOLILLO. Ritardo nella consolidaz. delle fratture.

Path., apr. — G. PANEBIANCO. Arteriosclerosi dei distretti cutanei e muscolari.

Med. Klinik, 26 giu. — T. BRUGSCH. Terapia medicamentosa e fegato.

Praxis, 25 giu. — M. KARTAGENER. Tbc. nell'esercito.

Giorn. di Batt. e Imm., giu. — A. SPANEDDA. Il problema delle salmonelle. — C. FIORIO. Deviaz. del complem. delle brucellosi.

Pediatr., giu. — I. VERROTTI. Acido pantotenico.

Rinasc. Med., 15-30 giu. — V. MACCHI. Cura sulfamidica delle meningiti purulente.

Med. Españ., giu. — A. LEY e J. PONS TORDERA. Disostosi cranio-facciale di Crouzon. — J. ALMELA GUILLÉN. La digitale in clinica.

Rif. Med., 6 giu. — M. ROMEO. Diverticoli del sacco nelle ernie inguin.

Deut. Tropenm. Zeit., 1 lug. — W. MENK. La malaria in Russia. — L. EMMEL e al. Sporozoiti malarici al microscopio elettronottico.

Ant. It. di Anat. e Ist. pat., lug. — E. TRIZZINO. Linfogranulomatosi addom. — R. DULBECCO. Cosidetta atrofia giallo acuta del feg.

Rev. Clin. Españ., 15 giu. — F. GRANDE COVIÁN. Compito del fegato nel metabolismo intermedio. — E. JUNCADELLA FERRER. Pressione oncotica nella patogenesi degli edemi.

Münch. Med. Woch., 10 lug. — J. JACOBI. La febbre dei cinque giorni. — H. D. ELLENBECK. Sangue funicolare per la trasfus.

Klin. Woch., 11 lug. — E. HAATCHORST. Pressione del sangue e angina p.

Med. Kl., 10 lug. — O. GAGEL. La cefalea. — H. BARTELHEIMER. Ipertensione.

Rif. Med., 13 giu. — S. DE CANDIA. Malattia di Mikulicz e diabete insip.

Praxis, 9 lug. — E. MARTIN e E. RUTISHAUSER. Iperparatiroidismo primitivo e secondario — H. U. GLOOR. Prostatite.

Rif. Med., 20 giu. — A. DE GENNARO. Distrofia adiposo-genit. guarita mediante opoterapia.

Min. Med., 21 lug. — F. REDOGLIA. Le pseudoemottisi.

Med. Españ., lug. — J. CARRERA LORENZO. La pelle nelle atropatie reumatiche. — M. SCHACHTER. Ormonoterapia perorale o perlinguale.

Med. Sperim., lug. — G. ORESTANO. Amuchina e chirurgia.

Arch. It. di Anat. e Ist. Pat., ag. — C. SIRTORI. Tossi-infezioni. — F. DE LEO. Tbc. muscolare ematogena. — E. TRIZZINO. Nefrite intersliz. ematog.

Rinasc. Med., 15-31 lug. — M. MARIOTTI. Sulfamidoterapia locale in chir. e in dermat.

Amatus Lusitanus, lug. — C. FERREIRA. Morbo di Cooley. — J. C. DA COSTA. Impianto sottocut. di compresse d'ormoni.

Rif. Med., 11 lug. — G. ARGENZIANO. Potere antiifomicetico del tribromoetanolo.

Giorn. di Cl. Med., 20 lug. — L. MIGONE. Cosidetta febbre albanese.

Med. Klinik, 7 ag. — F. HEISS. Lesioni da caldo e loro tratt. — F. GEBHARDT. Esame funzion. del cuore e della circolaz.

Cl. Med. It., mag.-ag. — R. STORTI e F. KIENLE. Onda T e tratto ST. — E. TESTORI. Estratto timico e ricambio azotato.

Deut. Med. Woch., 7 ag. — HÖTZL. Conservazione del sangue in clinica. — SCHRAMM. Lo studio dei virus.

Praxis, 6 ag. — F. WYSS-CHODAT. Indicazioni delle vitamine in dermatologia. — W. BUCKHARDT. Problemi di dermatol. pratica in guerra.

Münch. Med. Woch., 7 ag. — H. GICKELI. Sintomatol. della scarlattina.

Wien. Klin. Woch., 7 ag. — J. PATECH. Tbc. e pressione del sangue.

Rif. Med., 18 lug. G. ANNONI. Adermina e crasi sanguigna.

Deut. Med. Woch. 17 lug. — OBERDISSE e FLECKENSTEIN. Alimentaz. di guerra e diabete. — V. NADOSY. Stomatite aftosa epidemica dell'uomo.

Münch. Med. Woch., 17 lug. — H. A RINGMANN. V'è una mialgia del cuore? — G. SCHULTE e H. SCHÜTZ. Insulina nel trattam. del cancro.

Klin. Woch., 18 lug. — H. ELTORM. Trattam. refrigerante del cancro.

Rev. Clin. Españ., 30 giu. — F. FURTADO e V. CHICHORRO. Trattam. della nevralgia del trigem. — R. ALEMANN SOLER. Aerodinia.

Deut. Med. Woch., 24 lug. — SEITZ. Costituzione sessuale e sistema ormonico sessuale.

Klin. Woch., 25 lug. — H. ELTROM. Trattam. del cancro col freddo. — H. WINKLER. Azione della vit. E. sul corpo luteo.

Arch. It. Mal App. Diger., apr. — L. PARODI. Esclus. funzionale del crasso. — D. GIGANTE. Azioni della mannite.

Pathol. mag. — A. SETZU. Localizzaz. cardiaca del granuloma maligno. — S. CALABRESE. Patogenesi dell'angina p.

Settim. Med., 28 giu. — A. CANNAVÒ. Patologia mediterranea.

Revue Méd. Suisse Rom., 25 lug. — A. FLEISCH e al. Alimentaz. in tempo di guerra.

Praxis, 23 lug. — E. WIDBOTZ. Trattam. dell'ipertrofia prost.

Wien. Ant. imm. Med., 15 lug. — G. PETZOLD. Saturazione incompleta di O del sangue arterioso nell'insuffic. respir. — O. FEUCHTINGER. Ipotalamo, sist. nerv. veget. e secrez. int.

Klin. Woch., 1 ag. — F. MAYTHALER. Patofisiologia dll'ittero.

Wien. Klin. Woch., 31 lug. — VE. DUANCIC. Trattam. di malattie da virus con atebrina.

Rinasc. Med., 15-31 ag. — L. COLELLA. Alterazioni istologiche del polmone consecutive a corpi estranei.

Min. Med., 8 sett. — A. GAMBIGNANI ZOCCOLI. Lo scompenso card.

Münch. Med. Woch., 4 sett. — E. THOMAS. Trattam. dei disturbi nutrit. del lattante.

Klin. Woch., 22 ag. — H. SCHWIECK. Shock e collasso. — E. HERZOG. Per la diagnosi rapida di rabbia.

Id., 5 sett. — W. SCHÜFFNER, J. KATHE. Febbre da fango.

Ann. It. di Chir., mag. — F. CARUSO. Trattam. d'urgenza delle ferite toraco-polmon. con l'alvolizzaz. dei nervi intercostali. — L. MENNA. Sutura della pelvi dopo pielotomia.

Id., giu. — E. MUNTONI. Enterite regionale e mesenterite retrattile.

Acta Med. Scand., VI. — G. LINDGREN. Sindrome di Pancorast. — I. C. GERRETS e al. Eritrociti ellittici.

Rif. Med., 1 ag. — V. D'AFFLITTO. Rapporti tra vit. K e protidemia.

Deut. Med. Woch., 14 ag. — KERGER. Febbre volinica.

Id., 21 ag. — SCHROEDER. Valutaz. critica delle vitamine. — STEPH. Vitamine nel trattam. delle malattie interne.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME L — Roma, 25 Gennaio 1943-XXI — Num. 4.

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE DEL LITTORIO IN ROMA
PADIGLIONE BASSI
Primario medico: prof. L. PATERNI.

Sulla poliartrite cronica adeno splenomegalica dell'infanzia (malattia di Still).

Guarigione con esiti di eccezionali alterazioni osteo-articolari.

Dott. PIETRO MARONCELLI, aiuto medico.

Nel gruppo delle poliartriti croniche a carattere infettivo da germe sconosciuto (poliartrite cronica primaria anchilosante, periarthritis destruens, athrophic arthritis, rhumatisme noueux dei francesi, rheumatoid arthritis degli inglesi, ecc.) la rara adenopatia concomitante, modificabile o non col noto decorso di esacerbazioni e di remissioni e inoltre il tumore di milza, assai più raro (10 % dei casi) e mai cospicuo, costituiscono due segni che danno luogo sempre a maggiori discussioni per l'inquadramento di tali affezioni articolari con aspetto clinico, radiologico, ed anche anatomo-patologico pressochè identico. La grande maggioranza delle varietà adenosplenomegaliche per alcuni decorrerebbe in maniera più severa con maggior gravità di sintomi e di postumi; ma esistono forme di poliartrite cronica primaria senza adenopatie e senza splenomegalia che hanno un identico grave decorso, come viceversa le stesse variatà adenosplenomegaliche possono presentarsi in modo subdolo, mite senza particolari segni di gravità. Come viene inquadrata la cosidetta sindrome di Still in questo confuso capitolo delle artropatie?

Questo particolare quadro di poliartrite si riteneva un tempo esclusivo dell'infanzia, e ciò per i primi 12 casi descritti dallo Still, che lo definì « malattia che si produce nei bambini con inizio prima della seconda dentizione, aumento elastico e fusiforme delle articolazioni simmetriche, senza lesioni ossee, tumefazione delle ghiandole linfatiche e della

milza ». In un primo tempo l'affezione prese il nome di morbo di Still; ma in seguito, poichè quasi contemporaneamente all'A. inglese, Chauffard e Ramond descrissero altri sette casi consimili negli adulti, fu completata la definizione con la denominazione di morbo di Still-Chauffard, comprendendo in essa anche i casi descritti nell'adolescenza e nell'età matura.

La casistica maggiore è stata data dall'Inghilterra, viene subito dopo la Francia e quindi la Germania e Scandinavia. In America appare poco frequente (Koplik, Carrol, Nelson). Un grande contributo è stato dato da noi ed oggi si contano alcune centinaia di casi descritti in tutta la letteratura mondiale.

Abbiamo creduto opportuno aggiungere la nostra osservazione con sindrone clinica perfettamente simile ai casi descritti, insorta in età precoce, con arresto definitivo dopo tre anni e in coincidenza di sulfamidici; con un esito di guarigione che non ha riscontro nell'ampia letteratura che ci è stato possibile consultare, e precisamente con l'anchilosi ossea di alcune articolazioni simmetriche del carpo-metacarpo.

AA. francesi hanno voluto tentare di separare la sindrone dei bambini (Still in senso stretto) da quella degli adulti (Chauffard) insistendo su alcune differenze della sintomatologia e del decorso.

Nei bambini le manifestazioni morbose progredirebbero più rapidamente, non verrebbe mai meno la splenomegalia e le artropatie tenderebbero ad una più rapida generalizzazione; inoltre, specialmente nei casi in cui la sindrome insorge precocemente, si parla di un infantilismo tipo Lorain. Ad ogni modo possiamo dire che dalle prime osservazioni del 1897, esaurientemente illustrate dallo Still, fino ad oggi il maggior numero di casi resta sempre dato dall'età infantile.

Nel complesso capitolo delle affezioni articolari non si è ancora concordi sulla posizione di questo particolare quadro di fronte alle altre forme di artrite cronica. Essa infatti presenta molti punti di contatto con la cosidetta poliartrite cronica primaria.

La questione prima verte precisamente sull'interrogativo se la sindrome debba considerarsi come un'entità morbosa a sè, o come una forma sotto cui può presentarsi la poliartrite cronica. Non son pochi gli AA. che negano questa individualità (Weiber, Kauffmann, Lance, Cozzolino, Lorenzini, Cattaneo, Longo ecc.) e ciò in base ad eventuali rapporti etiologici che diremo. Qualche A. (Ekstein) considera l'affezione come una poliartrite deformante o come una varietà di poliartrite anchilosante (Freund); v'è chi sostiene pure che la malattia non è altro che la successione di attacchi di reumatismo articolare acuto, pur mancando tutte le caratteristiche di esso, comprese le complicazioni cardiache (oggi si parla anche di una forma endocarditica del morbo di Still), la sensibilità verso i salicilici e il granuloma di Aschoff nel miocardio (Fr. v. Müller, Wieland).

L'esame radiologico non può portare alcun aiuto alla soluzione dell'intricata questione perchè, se nel maggior numero dei casi si ha un reperto simile a quello della poliartrite cronica anchilosante, quindi senza lesioni evidenti osteo-cartilaginee, in casi più rari sono state descritte lesioni cartilaginee ed anche ossee a carattere degenerativo (casi Ekstein). Anche nei casi di Mucke, Strauss, Thirolloix, di Micheli e Gamna si sono trovate lesioni osteocartilaginee, usure limitate della cartilagine d'incrostazione, talora piccole esostosi, proliferazioni ossee periarticolari, tutti caratteri questi dell'artrite deformante. La tendenza all'anchilosi per ossificazione va considerata come eccezionale.

Non è stata quindi confermata l'asserzione degli AA. (Longo, Muncke, Reimold) che definiscono come caratteristica della malattia l'assenza di lesioni osteo-cartilaginee.

Anche l'anatomia patologica articolare non raggiunge lo scopo perchè le alterazioni macro e microscopiche a carico dei tessuti periarticolari della capsula e delle superfici articolari sono pressochè uguali a quelle della comune poliartrite primaria cronica.

È anche per questa somiglianza che da molti AA. è contrastata l'autonomia del quadro; per essi l'adenosplenomegalia non sarebbe esclusiva del morbo di Still, potendosi riscontrare anche nella poliartrite cronica primaria a carattere infettivo; ma abbiamo già detto che in questo gruppo di artropatie l'adenosplenomegalia è del tutto eccezionale.

È perciò, sia pure in via provvisoria, alla clinica che spetta il compito di risolvere il problema della definizione e posizione del quadro morboso; in seguito soltanto il fattore eziologico, tuttora sconosciuto, potrà portare una chiara luce nel contrasto delle opinioni. Sopratutto in base alla clinica, Still per primo presentò la sindrome come una malattia a sè, a eziologia specifica infettiva sconosciuta, e tale concezione in seguito anche agli esaurienti studi di Micheli e Gamna del 1928, è oggi ammessa dalla maggior parte degli AA. Il Mi-

cheli, nella sua classificazione del confuso capitolo delle artropatie, nel III gruppo delle poliartriti croniche primarie distingue tre sottogruppi:

a) poliartrite cronica primaria a carattere infettivo;

b) poliartrite cronica primaria a carattere infettivo tipo Still-Chauffard;

c) poliartrite cronica primaria.

Il Ceconi propone la designazione di « poliartrite cronica primaria dell'infanzia » per la frequenza nell'infanzia, e considera la malattia come propria esclusiva di questa età, essendo, come egli asserisce, rarissima nella seconda dentizione, nell'adolescenza e nell'età adulta. Ma oggi i casi di morbo di Still sono numerosi nella letteratura.

Un'altra forma di poliartrite cronica adenosplenomegalica è quella descritta da Felty in base all'osservazione di 5 casi; questa sindrome di Felty rarissima si differenzia dallo Still per la costante leucopenia che manca in tutti i casi di Still, nei quali in genere il numero dei globuli bianchi è normale o lievemente aumentato o, molto di rado, scarsamente diminuito. Tale reperto ha suggerito in questi rarissimi casi la splenectomia con buon successo, e lo stesso intervento poi è stato esteso anche in qualche malato di sindrome di Still (Loeper, Lemaire e Patel).

Descrizione del caso:

P. Liliana, di anni 8 circa. Nulla di notevole nell'anamnesi familiare che non presenta alcuna ereditarietà artropatica. Un fratello è morto all'età di 6 anni per diabete mellito. I genitori e 4 fratelli sono viventi e sani. La madre non ha avuto aborti.

L'anamnesi fisiologica è del tutto normale: allattamento materno, la prima dentizione è iniziata a sette mesi, la seconda a sette anni; deambulazione a tredici mesi. È stata sempre bene fino all'età di sedici mesi, quando in forma acuta e tumultuaria cominciò ad accusare dolori diffusi quasi contemporaneamente alle articolazioni delle ginocchia e tibiotarsiche, poi alle articolazioni scapolo omerali, ai gomiti e a quelle dei polsi con tumefazioni specie delle ginocchia e dei polsi, sudorazione profusa, febbre elevata continuo-remittente per la durata di circa un mese; in tale epoca fu diagnostica poliartrite reumatica, ma la cura salicilica fu senza notevoli effetti perchè la temperatura, sia pure in modico grado, persistette e le tumefazioni rimasero pressochè uguali. In seguito tali periodi di esacerbazione, della durata sempre di circa trenta giorni, alternati a periodi di relativa remissione, si protrassero per circa un anno e mezzo, quando nel luglio del 1937 la piccola paziente capitò sotto la nostra osservazione. La madre ci riferisce che per quattro volte nei periodi di esacerbazione la sintomatologia su descritta fu accompagnata da esantemi generalizzati morbilliformi, della durata di quattro o cinque giorni. Inoltre la bambina da circa due mesi dalla nostra prima osservazione e precisamente dopo sedici mesi di malattia, non è più capace di camminare.

L'esame obiettivo di allora presentava quanto segue:

Stato generale piuttosto grave; respiro ritmico, superficiale, frequenza 40. La bambina giace in decubito supino, quasi del tutto immobile; ogni piccolo movimento passivo risveglia vivo dolore, compresa anche la flessione del capo. Pallore della cute e delle mucose visibili; pannicolo adiposo scarso; masse muscolari flaccide. Lingua umida, detersa; faringe lievemente arrossato; tonsille piuttosto piccole, criptiche.

Sistema linfoghiandolare compromesso in toto: alle regioni sottomascellari si palpano ghiandole come nocciuole di consistenza elastica, modicamente dolenti, mobili sui piani sottostanti, nettamente isolabili e ricoperte da cute normale. Anche nelle regioni latero-cervicali pleiade ghiandolare pressochè con gli stessi caratteri. Nelle stazioni ghiandolari delle regioni ascellari, inguino-crurali e poplitee si notano ghiandole di maggiori dimensioni fino a raggiungere, nella regione inguino-crurale di sinistra, le dimensioni di una noce; anche queste sono facilmente isolabili, mobili, ma molto dolenti alla modica pressione, ricoperte tutte da cute perfettamente normale.

Sistema osteo-articolare: nulla a carico delle articolazioni temporo-mandibolari. La colonna vertebrale rivela discreta rigidità dolorosa nel tratto cervicale. Tumefatta e dolente è l'articolazione sternoclavicolare di sinistra. Dolenti sono pure le scapolo-omerali senza evidenti deformazioni. I gomiti sono lievemente tumefatti, più il destro del sinistro, rigidi in flessione coi cute lievemente arrossata. Come si è già detto nell'anamnesi, non è possibile il minimo movimento anche passivo per il vivo dolore che esso provoca.

Più gravemente colpite sono le articolazioni del polso bilateralmente, che appaiono fortemente tumefatte ed arrossate con abolizione dei movimenti attivi e passivi. Nulla a carico delle articolazioni delle dita. A carico delle articolazioni coxo-femorali si provoca vivo dolore ai più piccoli movimenti passivi; le ginocchia sono tumefatte, specie quello destro, sì da conferire agli arti la forma fusata per l'ipotrofia muscolare; tumide sono anche le tibio-astragaliche dolenti con cute arrossata, pastosa. Mancano dappertutto i segni fisici della presenza di versamento e l'ipotrofia muscolare, in rapporto con le articolazioni malate, è bene evidente sopratutto nelle cosce e gambe.

Esisteva inoltre esoftalmo con segno di Graëfe. Pupille eguali, reagenti alla luce ed all'accomodazione.

La temperature al momento dell'esame segnava 39,8; polso uguale, ritmico, molle, frequenza 130. Pressione arteriosa: sistolica: 75; diastolica: 45

Torace: nulla di particolare alla ispezione, alla percussione, mentre all'ascoltazione rantoli a piccole e medie bolle diffusamente su tutto l'ambito polmonare.

Cuore: nei limiti; toni abbastanza netti su tutti i focolai.

Addome: di conformazione regolare, trattabile, indolente.

Fegato: il margine superiore si delimita alla quarta costola sull'emiclaveare, mentre si palpa appena il margine inferiore nelle profonde inspirazioni.

Milza: il polo superiore si delimita alla settima costa sull'ascellare media, quello inferiore giunge quasi all'ombelicale trasversa e il margine interno di esso arriva a 4 cm. dalla linea xifo-ombelicale; la superficie di essa è liscia, la consistenza un poco aumentata, del tutto indolente.

Nulla di particolare a carico del sistema nervoso.

La deambulazione, come si è detto, è resa impossibile per la descritta rigidità articolare.

tico con il quale poi si è praticata l'autovaccinoterapia, come diremo in seguito.

Non ci è stato possibile l'esame radiologico durante il periodo acuto della malattia e così pure la biopsia ghiandolare ma soltanto l'esame culturale del succo di una ghiandola della regione inguinale di sinistra il quale è risultato negativo.

Ad ogni modo un quadro clinico così nettamente costituito dai tre gruppi principali di segni a carico della milza, delle ghiandole e delle articolazioni, con periodi di esacerbazione accompagnati da febbre, talora anche da esantemi morbilliformi, ci induceva alla diagnosi di una particolare sindrome di poliartrite con polilinfomatosi e splenomegalia che va sotto il nome di morbo di Still.

FIG. 1

Gli esami da noi praticati nei mesi di luglio e agosto del 1937 sono stati i seguenti:

Sierodiagnosi per tifo, paratifi e melitense: negative.

R. Wassermann, R. Meinicke, e R. Kahn: negative.

Emocultura praticata per tre volte nel luglio, settembre ed ottobre del 1937, anche su terreno di Loewnstein: negativa.

Velocità di sedimentazione dei globuli rossi (agosto 1937): s. m. r. 15.

Esame emocitometrico: globuli rossi: 3.200.000; globuli bianchi: 4.500; hb. 60; valore globulare: 0,90; l'esame morfologico a carico della serie rossa e bianca non ha rivelato nulla di particolare: formula leucocitaria: neutrofili: 71 %, basofili: 0 %, eosinofili: 1 %, linfociti: 22 %, monociti: 6 %.

Esame delle urine: negativo.

Cutireazione: negativa.

L'esame culturale del secreto tonsillare ha rivelato la presenza di uno streptococco anemoli-

La paziente da allora e precisamente dal giugno del 1937 fino ad oggi è stata sotto la nostra continua osservazione.

Dopo aver constatato l'inefficacia della cura salicilica, fu instituito un lungo ciclo di terapie varie e precisamente, in ordine cronologico, fu praticata per prima la cura di preparati d'oro, poi l'autovaccinoterapia di streptococco anemolitico isolato dal secreto tonsillare; quindi preparati arsenobenzolici (neo i.c.i.), polivitamine, estratti epatici, splenici, due volte piccola trasfusione di sangue materno; tutto senza alcuna efficacia, se si eccettua un lieve miglioramento temporaneo della crasi sanguigna dopo gli estratti epatici e le trasfusioni di sangue materno.

Il quadro morboso continuava ad aggravarsi progressivamente sempre con gli stessi caratteri di periodi di esacerbazione alternati a periodi di relativa accalmia, e la prognosi già riservata si faceva sempre più severa. Per i soddisfacenti risultati ottenuti con la splenectomia nella sindrome d Felthy, la quale è del tutto simile a

quella di Still ma con leucopenia, il prof. Spolverini, consultato, consigliò di praticare anche in questo caso la splenectomia. Nella sindrome di Still fu seguito tale intervento da altri AA. (Loeper, Lemaire e Patel). I genitori però non vollero sottoporre la piccola all'intervento chirurgico.

Fu appunto in quest'epoca (febbraio 1938) e precisamente dopo circa due anni dall'inizio della malattia, quando ormai le condizioni generali erano diventate estremamente gravi, accentuandosi sempre più i lunghi periodi morbosi descritti, che consigliammo di praticare la cura, allora piuttosto nuova, dei preparati sulfamidici (prontosil fiale); per circa dieci giorni fu seguita questa cura iniettando per via sottocutanea mezza fiala al giorno.

Dopo poco tempo e in coincidenza (non possiamo pronunciarci diversamente) di tale terapia, si cominciò a notare un sensibile miglioramento delle condizioni generali; cessarono ben presto le temperature elevate e dopo tre mesi anche i piccoli rialzi termici scomparvero completamente. I sulfamidici furono iniettati per un periodo di dieci giorni, come si era fatto in principio, per tre mesi consecutivi. Anche i dolori articolari scomparvero rapidamente, persistendo sempre la rigidità, le tumefazioni articolari senza più l'arrossamento della cute; le tumefazioni ghiandolari si ridussero sensibilmente

FIG. 2

FIG. 3

diventando pressochè indolenti; così pure diminuì notevolmente la splenomegalia: il polo inferiore della milza si palpava molto al disopra dell'ombelicale trasversa, e alla fine del 38 debordava di appena 4 cm. dall'arco costale.

Con il rapido e progressivo miglioramento a poco a poco è ritornata la motilità articolare, sia pur limitatamente, finchè, dopo un anno circa dalla definitiva regressione della sindrome avvenuta in coincidenza della cura sulfamidica, come s'è detto, la bambina ha potuto riprendere la deambulazione. In seguito si potè apprezzare la completa scomparsa delle tumefazioni articolari degli arti superiori e inferiori, tranne quella del ginocchio destro. La motilità attiva e passiva di tutte le articolazioni era tornata pressochè normale.

Anche nelle varie stazioni ghiandolari erano scomparsi i segni di poliadenopatia, tranne nella regione inguinale destra, ove si notava qualche piccola ghiandola di consistenza elastica, facilmente isolabile, indolente.

ralmente, più accentuato a destra. Torace: negativo. Ombra cardiaca non aumentata, di configurazione normale.

Nulla si può dire su quanto riguarda lo sviluppo precoce (segno di Gralka) dei nuclei di ossificazione, che costituirebbero un segno di valore notevole, non essendo stato possibile praticare l'esame radiologico prima del tempo di comparsa dei nuclei di ossificazione.

Tale esame radiologico confermava quanto è stato descritto dalla maggioranza degli AA. e cioè che le artropatie consistono sopratutto nelle alterazioni dei tessuti capsulari o periarticolari, con notevole demineralizzazione delle ossa specialmente a carico delle regioni epifisarie.

A questo punto, e precisamente dopo un anno e mezzo dell'arresto completo della sindrome, avremmo potuto limitarci a descrivere la guarigione clinica completa in coincidenza della cura sulfamidica; ciò sarebbe stato giustificato dal fatto che la prognosi, per la maggioranza degli AA., è in generale sfavorevole. A tal proposito il

FIG. 4

Fu soltanto in questo periodo, quando già la paziente aveva raggiunto l'età di quattro anni e mezzo, che si potè praticare l'esame radiologico di tutto lo scheletro, nonchè quello del torace con teleradiogramma del cuore.

I. Esame radiologico (gennaio 1939): Nulla a carico del cranio, delle ossa della faccia e della colonna vertebrale. Il capo sternale della clavicola sinistra appare sfumato. Decalcificazione dello scheletro degli arti superiori; epifisi omerale superiore appiattita da ambo i lati. I nuclei di ossificazione sono un poco irregolari, specie in corrispondenza del carpo e del gomito bilateralmente. Il radio appare incurvato a convessità verso l'esterno da ambo i lati; le metafisi inferiori del radio e del cubito sono un pò allargate (fig. 1). La base del secondo e del terzo metacarpale della mano destra è un poco irregolare. Non si notano alterazioni apprezzabili nel bacino e nelle articolazioni coxofemorali. A carico delle ginocchia (fig. 2-3) si nota aumentata opacità della capsula e dei tessuti periarticolari; appiattimento dell'epifisi superiori delle tibie decalcificazione dello scheletro delle gambe e dei piedi più accentuata distalmente (fig. 4). Lieve incurvamento interno-convesso della tibia e del perone di sinistra; modico grado di deformazione dell'epifisi inferiore tibiale e dell'astragalo bilate-

Ceconi dice che « dei malati specialmente piccoli soccombe la grande maggioranza per cachessia o per malattie intercorrenti; la morte essendo l'esito quasi costante dopo un decorso di uno-tre anni, quando la malattia ha avuto il suo inizio nel primo biennio di età » come nel nostro caso. Ma senza voler dare eccessivo valore alla cura sulfamidica, sapendo che a volte, sia pure più facilmente negli adulti, la malattia di Still può avere una lunga parabola, anche con arresto di molti anni, per poi riprendere, abbiamo voluto attendere ancora fino ad oggi e precisamente dopo ormai cinque anni di guarigione, per controllare continuamente con l'esame clinico e radiologico le precise condizioni della piccola paziente.

In questi casi di guarigione, nella prima infanzia assai rari, (Ceconi), l'arresto della malattia avverrebbe di solito con disturbi della funzione articolare, essendo le articolazioni alterate e deformate in maniera non più reversibile.

Noi invece abbiamo assistito alla graduale e oggi completa ripresa della motilità articolare. L'ultima a scomparire delle tumefazioni articolari è stata quella del ginocchio D. che in modico grado si è notata fino al settembre del 41.

Anche i genitori ci riferiscono di non aver più rilevato il minimo rialzo termico nè la bambi-

na si è mai lamentata del più piccolo dolore, potendo liberamente compiere qualsiasi movimento.

Le condizioni attuali (aprile 1942) della paziente sono le seguenti: ottimo stato di nutrizione e di sanguificazione; masse muscolari toniche e trofiche. Nelle regioni latero-cervicali e

Il cuore è perfettamente nei limiti fisiologici con toni netti su tutti i focolai.

Il fegato è nei limiti.

Si palpa ancora il polo inferiore della milza a tre centimetri dall'arco nelle profonde inspirazioni, mentre quello superiore si delimita all'ottava costa sull'emiclaveare.

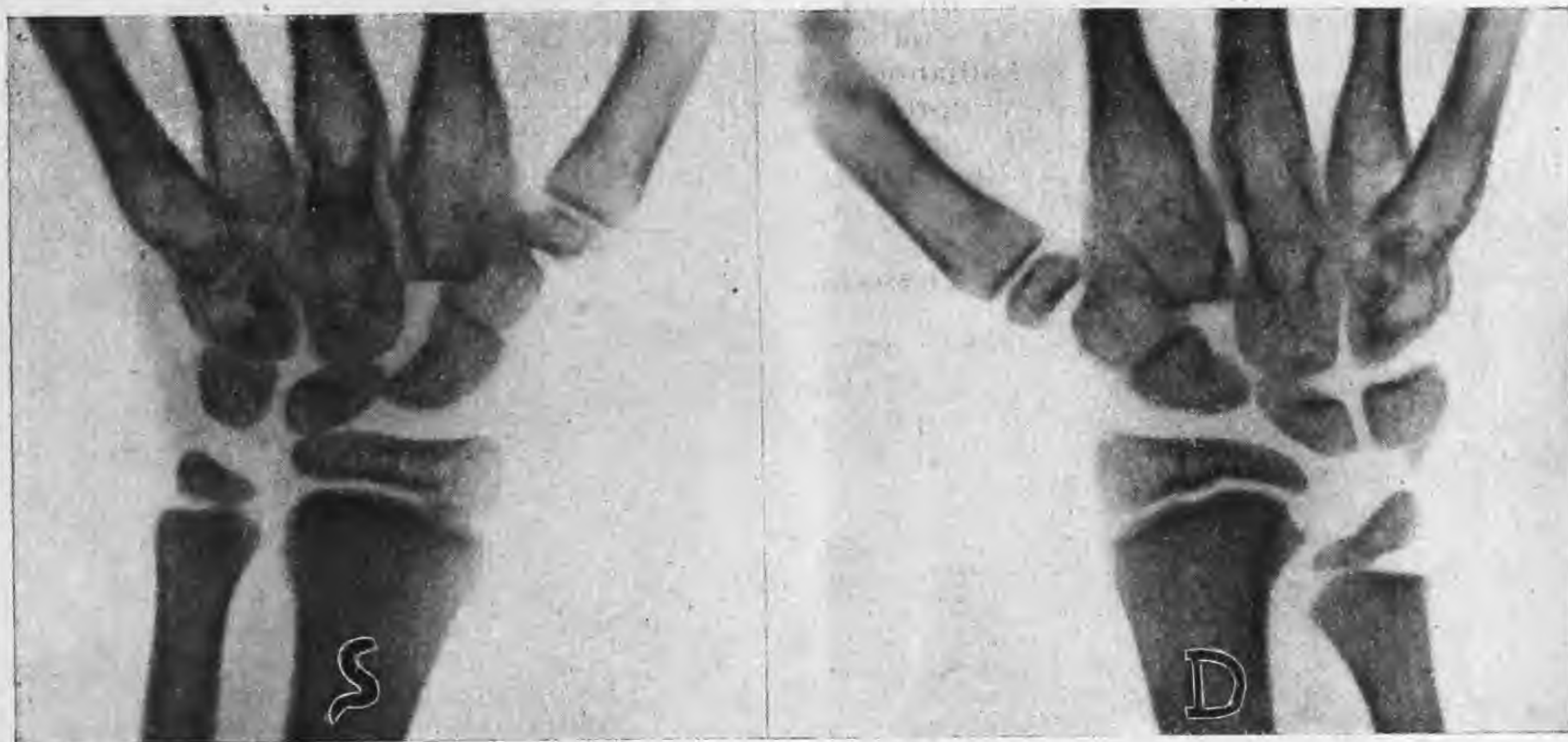



FIG. 5

nella regione inguinale sin. si palpano alcune ghiandole della grandezza di un cece, nettamente isolabili, mobili, indolenti. A carico del sistema osteoarticolare nulla all'ispezione; solo si apprezza qualche rumore di scricchiolio delle ginocchia, i cui movimenti passivi e attivi però

Sistema nervoso in ordine.

La deambulazione è del tutto normale.

Aprile 1942: Velocità di sedimentazione: dei globuli rossi: s.m.r. 9.

Esame emocitometrico: gl. rossi: 4.200.000; gl. Bianchi: 4,300; hb: 80; val. glob.: 0,90.

FIG. 6

si compiono normalmente come in tutte le articolazioni.

Presente ancora il lieve esoftalmo con segno di Graëfe evidente.

Polso uguale, ritmico, frequenza 80. Pressione arter: (sist. 90, diast. 65).

Negativo è l'esame dell'apparato respiratorio.

Formula leucocitaria: neutrofili 67%, eosinofili 0,%; basofili 1%, linfociti 24%, monociti 8%.

II. esame radiologico: a distanza di tre anni dal primo esame radiologico si nota ancora decalcificazione dello scheletro (fig. 5). Persiste una certa irregolarità delle epifisi delle ossa lunghe, particolarmente accentuata per le inferiori della

tibia sinistra e radio destro (fig. 6 - 7). Un certo appiattimento si nota anche a carico della puleggia astragalica d'ambo i lati.

In ambedue le mani si osserva la fusione del trapezoide con la base del II metacarpale e quella del grande osso con la base del III; mentre per questi ultimi la superfice di contatto appare rappresentata da un diaframma d'ipercalcificazione, per i primi (fig. 5) si nota invece il trapasso delle travate ossee in continuazione dalla base del metacarpale al trapezoide (fig. 8).

L'articolazione sternoclaveare sin. appare normale. Così pure non si notano alterazioni apprezzabili a carico del cranio, della colonna vertebrale, del bacino e delle articolazioni coxofemorali.

Non si notano alterazioni radiologicamente apprezzabili pleuroparenchimali, nè segni di adenopatie mediastiniche; anche l'ombra cardiaca appare di conformazione regolare.

Tale quadro radiologico ci rivela, oltre la persistente demineralizzazione con prevalente osteoporosi epifisaria, la presenza di una saldatura e possiamo dire senz'altro di anchilosi ossea del trapezoide e del grande osso con le relative basi del II e III metacarpale bilateralmente, cioè un esito piuttosto raro, sempre perfettamente simmetrico. Vi è stata quindi la distruzione della cartilagine con ossificazione delle aderenze, sì che la struttura trabeolare nei capi articolari dove è avvenuta la saldatura ossea, si è riordinata in modo che, specie fra l'articolazione del trapezoide e il II metacarpale, l'antica fessura articolare è completamente cancellata

FIG. 7

FIG. 8

(Continua)

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE EPPI - PORTOMAGGIORE

Nefroptosi acuta.

(Lussazione del rene).

per il dott. UMBERTO BONOLI, chir. e direttore.

Il caso che passo a descrivere (B. Saturno, di anni 27, da Portomaggiore, facchino) mi viene portato in ospedale alle ore 9,30 con diagnosi di « peritonite acuta da perforazione appendicolare ».

Le condizioni generali del malato sono gravissime; coscie e gambe tipicamente flesse; facies addominalis propria delle forme acutissime perforative; polso talmente celere e piccolo da non potersi contare; respiro 48; estremità fredde; bocca arida; segni di fuliggine sulle labbra e sui denti; non vomito, non singhiozzo; sensorio ancora abbastanza integro.

I parenti raccontano che 5 ore prima il p., svegliatosi dal suo sonno normale, si era sollevato a sedere sul letto portando all'infuori, verso destra, le gambe allo scopo di urinare e che in questo movimento, fatto con calma, senza scatti, senza sforzo, come d'abitudine, aveva avvertito alla parte destra dell'addome un improvviso acutissimo dolore, che gli aveva permesso di urinare a stento e che non lo aveva più abbandonato.

I precedenti morbosi del p. non sono degni di particolare rilievo, salvo una infezione eberthiana da me stesso curata in ospedale due anni addietro.

L'esame obbiettivo mostra il cosidetto « addome di legno », piatto, iperestesico, intollerante di ogni contatto, sopratutto a destra. La contrattura a sinistra è un po' meno forte che a destra, ma sempre spiccata; la percussione, quasi impossibile, dà però una ottusità appena percettibile a destra sulla fossa ileocecale, cioè sulla zona dove il dolore ha avuto inizio. La diagnosi del curante mi pare esatta, e trova poi convalida nel riscontro di una sensibile leucopenia (3200). Le condizioni del p. però appaiono talmente gravi che toccano lo stato preagonico. Rendo edotti i parenti di quello stato disperato, dicendo loro che la fine forse non è lontana e che perciò rinunzio ad intervenire con una operazione che giudico ormai inutile. Prescrivo tuttavia caffeina, stricnina e siero antiperitonitico per iniezioni, più una ipodermoclisi di siero fisiologico. Dopo 4 ore le condizioni del p. sono identiche.

Lo rivedo dopo altre sei ore. Mi sorprende il trovarlo alquanto sollevato. Conto un polso di 160 battute, un respiro di 40. L'addome è invariato.

Essendovi iscuria, lo cateterizzo; l'orina estratta si mostra normale alla analisi. Dopo altre sei ore il miglioramento è più accentuato; polso 150, respiro 36; T. 37°,3; alvo sempre chiuso; addome invariato.

La speranza che il miglioramento continui, sì da permettere in seguito l'operazione, mi porta al mattino del giorno successivo. Alle ore otto constato che lo stato generale è veramente soddisfacente; polso 112, respiro 30, T. 37°,2.

Il p. dice di sentirsi meglio; non vomito, nè singhiozzo. Ventre leggermente meteorico, sufficientemente trattabile a sinistra; a destra la contrattura permane accentuata per quanto un po' diminuita. La percussione dà ottusità modica in una vasta zona circostante al punto di Mac-Burney. La pressione quivi è ancora dolorosissima; minzione spontanea; alvo sempre chiuso anche ai gas.

Visto questo rapido migliorare dello stato generale e locale mantengo un trattamento aspettante giudicando che la peritonite stia localizzandosi e formando il solito « piastrone ».

Dopo altri cinque giorni l'addome si palpa abbastanza bene anche a destra dove si delimita una zona di resistenza pastosa dolente, che occupa tutta la fossa ileo-cecale. Alvo aperto, regolare.

Dopo dieci giorni ancora, detta zona è ridotta ad una specie di nucleo appiattito, fisso, profondo, duro, un po' irregolare di forma, dal diametro di 4-5 cent. Queste condizioni rimangono stazionarie per vari giorni finchè, giudicando assorbiti gli essudati e spento il processo, mi decido ad intervenire.

5 maggio 1938: laparotomia pararettale larga. Trovo l'appendice il ceco e le vicinanze perfettamente normali; nessuna traccia di fatti infiammatori.

Però al di dietro del ceco, sotto il meso accorciato, dai foglietti divaricati, palpo una massa dura, quasi completamente fissa, che, dopo aperto e scollato il meso che vi aderisce, risulta essere il rene destro. La forma, la grandezza, la superficie di questo sono normalissime. Lo asporto, ricucio il meso, chiudo il ventre. *La sezione dell'organo asportato non mostra anormalità macroscopiche.*

Dopo dieci giorni il p. si alza dal letto perfettamente ristabilito.

***

Il caso è molto raro e molto istruttivo.

Poichè il rene risulta sano escludo una colica improvvisa su *rene ectopico preesistente congenito.* L'insorgenza stessa del dolore a « colpo di pugnale » non è propria delle coliche renali; l'organo inoltre era regolarmente

sviluppato, fisso. Del pari sono per escludere che la colica sia sopravvenuta su di un *rene mobile preesistente*. Pur ammettendo il fissarsi del rene supposto mobile in quel punto in causa dei fatti acuti di colica, è da ricordare che generalmente queste coliche sono dovute a torsione del peduncolo, a plicatura o a strozzamento dell'uretere. Ma di questi fatti non trovai segno; senza dire che anche in tale circostanza la colica si istituisce con crescendo progressivo, invece che insorgere così fulminea. Il p. non aveva in precedenza avvertito mai nulla che potesse riferirsi a mobilità del rene. Sta poi contro entrambe le possibilità il fatto che nel corso della infezione tifosa sofferta dal p. due anni prima, nulla mi era apparso da farmi sospettare un rene ectopico o mobile, nonostante i quotidiani esami sul ventre da me continuati per più di un mese.

Nessun dubbio perciò, a mio parere, che il rene fosse colà pervenuto con spostamento improvviso.

Rene da sforzo? (*rene mobile traumatico o nefroptosi di forza?*). Non è da credere. Vero sforzo non vi fu. Il movimento per sedersi sul letto fu compiuto senza fretta, lentamente, da un soggetto ancora assonnato; ed era movimento abituale, come del resto è abituale in ogni persona. D'altra parte la grande maggioranza degli AA. non ammette una nefroptosi da sforzo neppure come effetto di uno sforzo violento o di una caduta sui piedi o di una contusione lombare, in quanto si suppone sempre un preesistente stato di debolezza costituzionale o anche acquisita dei mezzi di fissazione dell'organo; tanto che si preferisce parlare invece di *nefroptosi acuta da debolezza*.

È da pensare nel caso specifico ad un rene da debolezza? Ma allora perchè in quell'operaio, per cui gli sforzi muscolari erano all'ordine del giorno, la caduta del rene non era avvenuta sotto uno dei tanti veri sforzi compiuti sul lavoro? Forse che questi sforzi quotidiani avevano lentamente creata la predisponente a quella evenienza, che si è poi verificata sotto sforzo più che modesto? Neppure questo pare troppo persuasivo.

Ma a quele meccanismo allora si può riferire questo « rene acuto »?

Vien fatto di credere che a questa, che si può chiamare *lussazione del rene*, debba concorrere, più che la violenza dello sforzo, una combinazione particolare di forze insieme con la scomparsa o la riduzione di determinati ostacoli che abitualmente impediscono la discesa stessa dell'organo; spinta del diaframma unita ad un giuoco particolare di muscoli profondi e ad un determinato grado di flessione o di rotazione della colonna, sì da aumentare la spinta e insieme da rendere in parte libera la via della discesa? Gli esempi somiglianti non mancano in patologia, specie nel campo delle lussazioni articolari.

Combinazione di movimenti rara naturalmente, che spiega la rarità di questa evenienza.

Pur non essendo che un'ipotesi, questa si adatta molto bene ai casi come questi, i quali in verità non possono chiamarsi nè reni di forza, nè reni da debolezza, date le circostanze in cui si verificano.

***

È inutile dire che la lussazione del rene, per quanto rara, è da tenere sempre presente dinanzi a un addome acuto. Nè il diagnosticarla è facile, poichè, come qui si è visto, il violentissimo « schock » (« schock » traumatico), che accompagna il quadro addominale, riproduce anch'esso in pieno il tipo e la gravità delle condizioni generali proprie delle peritoniti acute perforative nella loro prima fase. La leucopenia completa la somiglianza; donde l'equivoco diagnostico. Una caratteristica dello « schock » è la sua relativa fugacità, mentre il localizzarsi, cioè il migliorare di una peritonite acuta, richiede qualche giorno. Ma questo non serve quando una diagnosi rapida si impone agli effetti della terapia. Bisogna evitare le decisioni (intervento operatorio immediato) che, di fronte a una peritonite vera, si sarebbe in diritto e in dovere di prendere.

21 maggio 1942-XX.

RIASSUNTO

L'A., descritto un caso di nefroptosi acuta (o *lussazione del rene*, come preferirebbe chiamarla), fa notare anzitutto le pericolose somiglianze che la sua sintomatologia ha con quella dell'addome acuto perforativo. Accenna poi ad una sua ipotesi patogenetica non risultando sufficienti per questo caso singolare le concezioni esistenti.

CRONACA MEDICA

La clinica Regina Elena di Kassel ed i suoi insegnamenti.

Signor Direttore, in una pubblicazione che mi viene gentilmente mandata da Walther Völler, medico capo della clinica Regina Elena di Kassel (1), pubblicazione fèrvida di profonda solidarietà umana, come è facile trovare negli scritti medici e nelle molteplici opere sociali delle nazioni totalitarie, superiori anche in ciò, e di gran lunga, alle nazioni plutocratiche, trovo dati terapeutici di notevole importanza, che danno una autorevolissima conferma a quanto io ho esposto nel mio articolo, pubblicato (2) nel Vostro pregiato periodico: « *Malati della circolazione sanguigna e persone anziane: loro riabilitazione ad un lavoro proficuo per effetto della presente guerra* ». Vogliate pertanto, illustre direttore, concedere ospitalità anche al seguente ragguaglio tra i brillanti risultati ottenuti nela clinica di Kassel e le mete profilattiche e curative della cardiologia moderna.

L'istituto di Kassel sorse cinque anni addietro, sull'esempio di quello fondato, come è noto, dalla Regina Imperatrice nel Policlinico di Roma per la cura degli encefalitici con la radice di belladonna. In collaborazione con il chimico Antolini il direttore dell'istituto romano, prof. Panegrossi, dava una base scientifica all'uso fin allora empirico di questo medicamento, ripetendo in sostanza quanto Withering aveva fatto nel 1786 per la digitale.

La terapia instaurata nell'istituto romano trovò larga risonanza anche al di là delle Alpi. Per l'augusta condiscendenza e l'alto incitamento della nostra benamata Sovrana due personalità germaniche, il prof. Reiter, presidente della Sanità del Reich e Walther Völler, fiduciario medico del popolo tedesco, poterono studiare a fondo la nuova cura, per giungere ben tosto alla fondazione della attuale clinica di Kassel. Questa ebbe inizio con 40 letti che rapidamente crebbero a 200, oltre le sezioni provvisorie fuori della clinica. Un ingrandimento con la costruzione di nuovi fabbricati è in progetto per raggiungere un corpo unico di 500 letti stabili.

Nel breve tempo, neppure un quinquennio, dalla fondazione avvenuta il 1 agosto 1937, sino al 20 marzo 1942, vennero accolti in clinica due migliaia di malati con relitti encefalitici di varia entità. La quarte parte di essi era costituita da casi gravi e gravissimi, che secondo l'opinione comune non hanno alcuna possibilità di successo e sono quindi ritenuti casi disperati. Le altre tre parti erano costituite da malati con relitti di leggero e di medio grado.

Gli effetti della cura furono soddisfacenti per i casi leggeri e di media gravità; 54 per 100 vennero dimessi come abili incondizionatamente al lavoro e gli altri soltanto come atti a lavori speciali, di minor impegno muscolare, come quelli di controllo e di vigilanza.

Incoraggianti furono i risultati anche nei casi gravi e persino nei gravissimi, quest'ultimi assistiti con particolar attenzione e « *mit tiefer Freude* », con profonda gioia, senza badare a sacrifizi e spese, trattandosi per lo più di persone ammalatesi nelle forze armate o mentre attendevano alla produzione di materiale bellico.

Per modesti che possano sembrare i risultati raggiunti in tali casi, tanto più se raffrontati con gli sforzi curativi e con l'accentuato dispendio, essi hanno la loro importanza. Qualche atto fondamentale della vita diventa ancor possibile, come la pulizia corporea, il vestirsi, il cibarsi, per cui la fiducia del malato si rinsalda ancor più, con alleggerimento del servizio di assistenza, senza dire dello stimolo alla ricerca di nuovi mezzi curativi ed al perfezionamento di quelli già in uso.

Conditio sine qua non per ottenere risultati soddisfacenti e permanenti è il ricovero dentro istituti con personale specializzato, con organizzazione amministrativa e clinica *ad hoc*, come avviene appunto nell'istituto di Roma e nella sua filiale spirituale di Kassel. Questi malati, come non meno quelli dell'apparecchio circolatorio, abbisognano di una « cura integrale » del corpo e dello spirito, dei muscoli e della volontà. Il loro ricovero negli ospedali generici, mette in rilievo Völler, e negli stessi frenocomi non è loro di vantaggio e tanto meno alle finanze pubbliche.

Passione e volontà possono produrre effetti portentosi anche negli stessi malati organici: Strümpell menziona il caso di un arteriosclerotico con lesioni del cervello, che lo rendevano afasico, il quale nelle mozioni dell'animo poteva pronunciare parole di ira ed il non dimenticato neurologo di Roma, Mingazzini, soleva citare il caso di un parkinsoniano, appas-

---

(1) WALTHER VÖLLER. L'importanza della cura italo-bulgara eseguita nella clinica Regina Elena in Kassel. Berlino-Kassel, 20 marzo 1942, tip. Edmund Pillardy, Kassel.

(2) Il lavoro è stato pubblicato nel n. 43, 1942, XXI. (Nota d. Red.).

sionatissimo della caccia, che poteva, frenando il tremore volontariamente, abbattere gli uccelli in volo.

La clinica di Kassel è assurta all'importanza di una grande istituzione sociale; essa gode l'appoggio delle autorità sanitarie e politiche del Reich; lo stesso Führer provvede ad aiutarla con sovvenzioni della sua cancelleria. Ma quali sono dunque praticamente i principi che informano la fortunata attività di questa clinica? Essi riguardano in sostanza cinque punti fondamentali.

1) *Atmosfera psichica di fiducia e di volontà.* La bella ed igienica ubicazione della clinica e la razionale disposizione de' suoi edifici, con camere di non oltre 2-3 letti, la solerzia dei servizi e il benevolo interessamento conferiscono all'ambiente massima accoglienza ed un carattere di tranquilla familiarità. Preoccupazioni di ordine materiale e familiare vengono più che possibile eliminati. Sorge l'idea, la volontà di guarire. Fatti simili notiamo anche per i malati della circolazione sanguigna, portati alla depressione ed allo sconforto; essi stanno già meglio, quando sentono di non essere più nell'abbandono.

La creazione di una favorevole atmosfera psichica è curata anche nei dettagli; a Kassel il nome di « pazienti » è sconosciuto; i ricoverati sono dei « convalescenti ». « *Noi curiamo* » scrive Walther Völler nel suo lavoro « *non pazienti, ma persone che vogliono guarire* ». Lo stato d'animo è decisivo per ogni lotta; anche in medicina perde chi non crede di poter vincere. Bisogna saper resistere all'età ed alle malattie. In testa al mio articolo ho posto come motti la grande massima romana antica: *Senectuti resistendum est* e l'imperativo odierno che la salute è un dovere per tutti.

2) *Disporre l'organismo alla cura medicamentosa.* Al suo ingresso in clinica il malato viene sottoposto ad un lavaggio intestinale disintossicante e sono eliminate tutte quelle altre cause che possono ostacolare la cura medicamentosa. Eventuali focolai di infezione vengono tolti, ragione per cui ad esempio un dentista è regolarmente presente con la sua opera. I preparati barbiturici di uso tanto frequente nei postencefalitici, e le comuni sostanze nervine vengono soppresse. Con una dietetica latteo-vegetariana si completa e si mantiene la depurazione organica. Allo scopo di prevenire disturbi secretori gastrici e la facile inerzia intestinale, la radice di belladonna viene somministrata con un infuso di semi di lino.

Consimili misure ed avvertenze sono necessarie anche nella cura dei cardiovasali; una dietetica latteo-vegetariana, la soppressione di focolai infettivi, l'eliminazione del meteorismo e della stitichezza, il riposo a letto per qualche giorno valgono già per sè stessi a ristabilire talvolta un circolo sanguigno scompensato e rendono comunque la cura medicamentosa più efficace.

3) *Rinforzare l'organismo.* Procurando al malato un massimo di resistenza fisica, oltre che quella menzionata di ordine psichico, si combatte indirettamente anche la malattia. Vengono perciò utilizzate a Kassel le molteplici cure idroterapiche, la ginnastica attiva e passiva, l'ortopedia, l'esercizio fisico graduato. Sappiamo che tali pratiche hanno grande valore anche nella cura dei malati della circolazione sanguigna e coadiuvano molto bene la cura medicamentosa.

Non si insiste abbastanza sui danni che l'inattività muscolare arreca all'organismo. Il riposo eccessivo infiacchisce muscoli e cuore; un esercizio fisico, metodico, ben inteso e ben eseguito, con le ritmiche contrazioni muscolari specialmente degli arti inferiori, con le amplificate escursioni del diaframma, con il largo espandersi e restringersi del mantice toracico, favorisce nel modo più naturale la circolazione sanguigna e linfatica, coadiuva il lavoro del cuore, incrementa il ricambio e la depurazione organica.

Una delle cause meno note, ma più comuni dell'arteriosclerosi e dell'indebolimento miocardico è la vita sedentaria in ambienti chiusi. Quante volte si vedono scomparire depressioni morali, insonnia, anoressia e rifiorire rapidamente l'organismo, se nelle abitudini del sedentario vengono introdotti moto fisico e vita all'aperto. E quante volte nei consulti avviene di osservare persone trattenute a letto, contro la loro stessa volontà, per un tempo eccessivo con la conseguenza di una depressione psichica che si ripercuote sul fisico stesso del malato e ostacola l'azione dei medicamenti. Il compito meno facile in tali casi è di persuadere il medico e i famigliari, intimiditi da improbabili, immaginari pericoli dell'alzarsi, mentre come me lo insegnano centinaia di casi, all'abbandono del letto consegue un pronto senso di soddisfacimento morale e fisico. Il successo è legato alla fermezza ed alla fede di chi le possiede e le sa trasmettere.

4) *Dose ottima del medicamento.* Avviene con una certa frequenza nei consulti cardiologici di notare l'insufficiente importanza che si dà ad un giusto uso dei medicamenti, vale a dire alla dose ed al modo di valersene. Il

consulente che consiglia questo o quel medicamento, può sentirsi rispondere che detto medicamento è già stato prescritto, senza effetto. Una medicina non giustamente usata, quando non dannosa per sè, riesce di danno perchè ingannevole e toglie la possibilità di un soccorso tempestivo. Perizia ed intuito, perfetta conoscenza del malato stanno alla base di una corretta ed efficace terapia Se dosi alte possono recare danno nelle affezioni circolatorie a lento decorso e dove l'uso ad esempio di un quarto di milligrammo di strofantina trova perfetta indicazione, dosi quattro volte, ed anche cinque volte, più alte di strofantina per endovena salvano situazioni allarmanti diversamente fatali.

Nella clinica di Kassel la dose ottima è cercata con meticolosità, per ogni ricoverato. I quantitativi variano dentro limiti molto ampi, dai 6 cmc. ai 200 *pro die*. La somministrazione frazionata, di almeno 5 volte per giorno, comporta una minore quantità del rimedio con effetti identici.

5) *Assistenza post-clinica*. Già durante il soggiorno dei ricoverati l'amministrazione inizia pratiche per un loro immediato collocamento nel posto di lavoro, in modo da eliminare la deprimente attesa a casa. Ma con ciò non termina il contatto tra clinica e dimessi; esso continua sia direttamente che attraverso il medico locale; consigli ed eventuali soccorsi vengono dati e se del caso vien concesso un secondo ricovero che non però dura più di 4 settimane.

I progettati villaggi e gli ambulatori di servizio sociale per cardiovasolesi, di cui è parola nel mio articolo, corrispondono in sostanza all'assistenza post-clinica. Troppo spesso la mancanza di un simile soccorso frustra completamente le cure e annullando i successi ottenuti negli ospedali o a domicilio, contribuisce alla diffusione di quel nero pessimismo che caratterizza ed affligge sopratutto il campo cardiologico.

Negli ambulatori specializzati di cardiologia ora esistenti, poco o nulla avviene in tema di diagnosi sociale e di assistenza totalitaria. Il compito principale è la diagnosi anatomica e funzionale con la relativa prescrizione medicamentosa, qualche vago consiglio profilattico e talora con un confortante prognostico. Il cardiovasale è praticamente abbandonato a se stesso, ma le sue forze fisiche e morali son di regola scarse; manchevolissime, non di rado. Le ristrettezze economiche della famiglia aggravano questo stato di cose. In tal guisa va perduto per la comunità un capitale umano ancora ricuperabile in buona parte e che potrebbe venir utilizzato con vantaggio generale.

I successi ottenuti negli istituti di Roma e di Kassel, per la creazione dei quali grande è la riconoscenza del popolo italiano e germanico alla illuminata bontà dela nostra Sovrana, sono un termine di confronto e garanzia dei successi che si possono raggiungere — e che saranno raggiunti nel nuovo ordine delle potenze totalitarie — anche nei confronti delle malattie della circolazione sanguigna.

Con sentiti ringraziamenti per l'ospitalità vogliate, illustre direttore, credermi, *toto corde*, Vostro dev.

Prof. GIOVANNI GALLI.

Como, 15 dicembre 1942-XXI.

ATTUALITÀ TERAPEUTICA

Uso terapeutico degli ormoni sessuali nei disturbi cardiaci (angina pectoris) e nelle malattie del miocardio.

Ricerche sperimentali di K. Westphal e collaboratori hanno dimostrato l'esistenza in circolo di una sostanza stimolante dell'ipertensione genuina e che probabilmente è prodotta da una ipersecrezione del lobo anteriore dell'ipofisi; inoltre è da ritenere che spesso negli accessi di angina pectoris, anche letali, come pure nei disturbi cardiaci del climaterio e in quelli degli ipertesi in generale, accanto al fattore arteriosclerotico, abbia notevole importanza lo spasmo delle pareti vasali provocato da stimolazioni ormoniche dell'ipofisi (pitressina e pituitrina) e delle capsule surrenali (adrenalina). I soggetti che soffrono precocemente di disturbi anginosi manifestano infatti disarmonie endocrine; così fra i tedeschi del Nord, di statura slanciata, quelli che fra i 35 e i 55 anni presentano forme di angina vasomotoria, hanno frequentemente un tipo somatico femmineo; parimente i disturbi cardiaci nella donna coincidono spesso con irregolarità mestruali o col climaterio. Infine indagini sugli animali hanno dimostrato che il tonefin, ormone vasale del lobo anteriore dell'ipofisi, provoca una contrazione spastica temporanea dei vasi coronari, apprezzabile colle modificazioni dell'eletrocardiogramma, e che quest'effetto è notevolmente influenzato dalla somministrazione preventiva del testoviron o del progynon.

Ciò premesso K. Westphal e E. Kirchner (*Dtsch. med. Wschr.*, 30 ottobre 1942) hanno curato con ormoni sessuali diverse forme di cuore senile, di alterata irrorazione sanguigna di vari organi e di disturbi endocrini delle mestruazioni, del climaterio maschile e femminile ecc. per alcuni dei quali riportano i cardiogrammi. In 14 casi di dispnea e di sofferenze

cardiache in diabetici e persone di età, con o senza ipertensione, migliorò il reperto cardiografico e cessarono i disturbi anginosi; in un caso si ebbe anche un risveglio psichico. Nelle forme puramente funzionali da climaterio, maschile e femminile, i fenomeni cardiaci scomparvero col testoviron e col progynon; buoni resultati si ottennero pure in soggetti con spiccata sclerosi dei vasi coronari o periferici. Nelle lesioni miocardiche di origine infettiva, come quelle postdifteriche che di solito sono resistenti alle cure, gli ormoni sessuali hanno dato quasi sempre buoni effetti controllabili coll'elettrocardiogramma; quando nelle miocarditi difteriche le cure ordinarie falliscono è consigliabile di tentare anche questa.

Nello stadio acuto delle forme gravi di angina pectoris e negli infarti l'ormonoterapia può dare peggioramenti per eccessiva stimolazione dell'attività cardiaca; il trattamento ormonico degli infarti è invece indicato dopo 6-8 settimane.

Il meccanismo d'azione della terapia ormonale si esplica con una dilatazione vasale diffusa e quindi con una migliorata irrorazione sanguigna degli organi, il che modifica favorevolmente il ricambio generale; ciò spiega il successo nei vecchi e nei diabetici; un'azione specifica si ha sul ricambio dello zucchero e del fosforo. L'effetto sul cuore si manifesta con un miglioramento della sua attività analogo a quello prodotto dalla digitale, il polso si fa più lento e il cuore stesso ingrossa probabilmente per aumento della portata sanguigna nel volume e nel tempo; accanto all'azione cardiomotrice si hanno quella vasodilatatrice sui vasi coronari e periferici e quella sul miocardio, che si esercita attraverso le modificazioni del ricambio.

In molti malati con forme anginose lievi o di media gravità, specialmente da turbe del climaterio, giova anche una cura prolungata fatta ambulatoriamente col progynon forte per bocca o col testoviron per frizioni (o per la via perorale); se ne avvantaggia anche lo stato generale.

F. J.

SUNTI E RASSEGNE

RICAMBIO.

L'ipoglicemia nella pratica.

(F. UMBER, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1942, n. 11).

L'ipoglicemia si manifesta con il complesso sintomatico neurovegetativo e con il complesso cerebrale psicotico.

Al primo appartengono il tremore, l'astenia, l'accelerazione del polso, le palpitazioni, la sudorazione, il senso di fame, provocati dall'iperadrenalinemia conseguente alla discesa del tasso glicemico nel sangue.

I sintomi cerebrali determinati dalla riduzione dello zucchero nella massa encefalica sono: le afasie, gli stati confusionali, le assenze, lo stupore, gli stati eccitativi, la psicosi di fuga, gli spasmi muscolari dolorosi, il riso forzato, sindromi a focolaio simili alle crisi apoplettiche ed epilettiformi, nonchè coma che può durare parecchie ore. Tutte queste manifestazioni, differenze di quelle neurovegetative, si stabiliscono lentamente e, non di rado, sono precedute da sintomi prodromici a tipo neurovegetativo come cefalea, malessere, disturbi visivi di breve durata.

L'insulina ad azione ritardata, che attualmente si adopera su vasta scala, produce ambo le fenomenologie meno bruscamente e generalmente più sintomi cerebrali che neurovegetativi. È strano il fatto che con l'insulina deposito si può provocare un'ipoglicemia molto bassa senza la comparsa della rispettiva sintomatologia. Ma questa ipoglicemia asintomatica è da evitarsi perchè da un momento all'altro può dare spiacevoli accidenti.

Una particolare considerazione merita l'ipoglicemia spontanea perchè può provocare manifestazioni morbose (crisi epilettiformi, deliquii, esaurimento, neurastenia, ecc.) che di solito non sono correttamente diagnosticate dal punto di vista etiopatogenetico.

Le cause dell'ipoglicemia spontanea sono:

1) l'insulinismo immediato ossia dovuto ad eccessiva produzione di insulina da parte del pancreas (adenoma, carcinoma, iperplasia delle isole di Langerhans). L'ipertrofia degli elementi secernenti è talvolta compensatoria come avviene nel bambino di madre diabetica, nel quale il pancreas allo scopo di ridurre il tasso glicemico sforza la sua produzione durante la vita intrauterina con la conseguenza che dopo la nascita si possono avere accidenti ipoglicemici per lo meno fino a quando la funzione pancreatica si riequilibria con la riduzione dell'ipertrofia compensatoria. I soggetti vasolabili sogliono presentare disturbi ipoglicemici (pallore, stanchezza, sbadigli invincibili, sudore, debolezza nelle gambe) qual-

che tempo dopo i pasti specie se si sono sottoposti a sforzi;

2) l'insulinismo mediato ossia dovuto ad alterazioni endocrinoumorali e sopra tutto ad insufficienza del lobo anteriore dell'ipofisi che, come è noto, produce gli ormoni diabetogeni di Housay, l'ormone controinsulare di Luckes, l'ormone del metabolismo degli idrocarburati di Anselmino e Hoffmann, che distrugge rapidamente il glicogeno del fegato. Al medesimo tipo appartengono l'ipoglicemia degli addisoniani e quella che si verifica nei focolai emorragici dei centri cerebrali intermedi.

La diagnosi riesce di estrema facilità se si pensa a determinare la glicemia e la curva di sovraccarico. Comunque si considera criterio diagnostico di valore decisivo la scarsa reazione dell'elevazione glicemica alle iniezioni di adrenalina, o l'ipoglicemia eccessivamente bassa prodotta dalle iniezioni di insulina.

L'elettrocardiogramma presenta modificazioni transitorie. Si può affermare che l'insulina in dosi terapeutiche non è veleno nè per i vasi nè per il miocardio. In ogni caso per evitare danni a tali parti è sufficiente contenersi in dosi che non determinino stati ipoglicemici.

L'ipoglicemia leggera si compensa spontaneamente. Le forme gravi richiedono la somministrazione urgente di glucosio per os o, nelle forme gravissime, per iniezione endovenosa (50 cmc. di soluzione al 33-50 per cento). In alcuni casi, quando esiste una sufficiente scorta di glicogeno nel fegato, è sufficiente un'iniezione di adrenalina o di estratto di ipofisi anteriore.

Come misura profilattica è consigliabile una dieta povera di idrati di carbonio allo scopo di evitare reazioni iperinsuliniche.

Contro l'eccitabilità neurovegetativa si prescriveranno la belladonna e il calcio.

Nei casi di tumori pancreatici gioverà ricorrere all'intervento chirurgico, quando è possibile, oppure all'irradiazione.

John raccomanda l'uso di piccole dosi d'insulina (3 volte 10 unità) dopo i pasti abbondanti allo scopo di allenare il soggetto a diminuire la secrezione interna. DR.

La prognosi del diabete.

(F. UMBER. *Deutsche Medizinische Wochenschrijt*, 4 settembre 1942).

L'A., che ha vissuto il problema del diabete prima e dopo l'era insulinica, rileva quanto sia cambiata la prognosi di questa malattia dopo la scoperta dell'ormone pancreatico e delle attuali insuline di deposito. Mentre prima i diabetici si avviavano fatalmente ed inesorabilmente verso il coma diabetico, quando riuscivano a sfuggire ad infezioni intercorrenti, attualmente con una dieta ben regolata e con una insulinoterapia ben adattata al grado di insufficienza endocrina si riesce ad ottenere un equilibrio nel ricambio tale che si può dire che il diabetico ha una prognosi eguale a quella di un individuo a ricambio normale, finchè naturalmente continui a sorvegliarsi attentamente in rapporto al regime dietetico ed alla cura. Infatti dei numerosissimi diabetici, che da molti anni frequentano l'ambulatorio dell'A., il 73% esplicano una normale attività lavorativa e del restante 27% solo il 3% presenta una incapacità al lavoro per il diabete di per sè solo, mentre gli altri sono resi inabili da malattie complicanti o dall'età molto avanzata.

Tuttavia la prognosi del diabete può essere sfavorevolmente influenzata da disturbi di regolazione che portano ad una insulinoresistenza. Si tratta di casi difficilmente classificabili che l'A. chiama casi misti dovuti ad insufficienza insulare ed a componenti extrainsulari, particolarmente ad una cattiva regolazione della glicopoiesi nel fegato per mobilizzazione degli ormoni antagonisti dell'insulina (adrenalina). Tali casi sono più frequenti fra gli individui a costituzione leptosomica che fra quelli a costituzione picnica; la loro prognosi è più sfavorevole, perchè è più difficile raggiungere l'equilibrio del ricambio.

Un'influenza prognosticamente sfavorevole sul decorso del diabete esercita inoltre anche una tubercolosi polmonare non riconosciuta; inspiegabili peggioramenti della tolleranza in diabetici, per lo più giovani, che non presentano altri sintomi subbiettivi od obbiettivi di una affezione polmonare, debbono sempre svegliare il sospetto su una tubercolosi latente ma progressiva, talvolta rilevabile solo all'esame radiologico. In questi casi, più che la tubercolosi, deve essere curato con maggior cura ed energia il diabete.

Operazioni, gravidanza e parto non possono essere ora più considerati come complicazioni aggravanti la prognosi.

La prognosi del diabete infantile con l'avvento dell'insulinoterapia è radicalmente cambiata, purchè naturalmente il bambino diabetico sia attentamente curato e siano bene istruiti anche i suoi familiari. F. T.

Sui rapporti fra l'anoressia mentale e la cachessia ipofisaria.

(J. DECOURT. *Presse Méd.*, 10 ottobre 1942).

La diagnosi differenziale fra anoressia mentale e malattia di Simmonds non è sempre facile e gravi possono essere le conseguenze del considerare come affetti da cachessia ipofisaria dei malati di anoressia mentale i quali presentino sintomi psichici naturalmente molto scarsi e sfumati.

Sembra probabile che l'anoressia mentale sia assai più frequente di quanto non si pensi di solito e che ad essa si accompagni secondariamente una disfunzione ipofisaria: certo è

che le due sindromi si assomigliano estremamente sia dal punto di vista semeiologico che da quello fisiopatologico.

J. Decourt porta a tale questione diagnostica — e quindi anche terapeutica — il contributo di due casi interessanti da lui osservati.

Il primo è quello di una giovinetta di 15 anni, che cominciò col presentare irregolarità della funzione mestruale, cui succedette poco dopo amenorrea completa.

Non vi era nessuna modificazione del carattere. Ben presto comparve un progressivo dimagramento, che venne combattuto mediante un'alimentazione copiosa; ma inutilmente, che il dimagramento progredì ancora e ad esso si aggiunse un'anoressia profonda, accompagnata da senso di pesantezza in ragione epigastrica dopo l'ingestione di qualsiasi cibo. Il peso corporeo, che era di Kg. 48,500 quando la malata era ancora in perfetta salute, calò in meno di un anno a Kg. 31.300.

Venne allora chiesto il parere di un endocrinologo, il quale trovò il metabolismo basale diminuito a — 15 e la sella turcica di aspetto normale all'esame radiologico; nonostante quest'ultimo reperto, pose la diagnosi di malattia di Simmonds e prescrisse estratti ipofisari per bocca e per iniezioni sottocutanee, estratti epatici per iniezioni, estratti ovarici per bocca, acetato di desossicorticosterone, vitamina B_1 a forti dosi, 12 unità d'insulina mattina e sera. Questa complessa opoterapia venne eseguita per quattro mesi, durante i quali tuttavia la malata continuò a dimagrare, perdendo circa Kg. 3 al mese e giungendo a pesare Kg. 24,500.

A questo punto la malata viene visitata da J. Decourt, il quale trova dunque un peso corporeo di Kg. 24,500 per una statura di m. 1,52; stato semistuporoso; scomparsa completa del pannicolo adiposo sottocutaneo; notevole atrofia mucolare; polso 44; temperatura 38°8; pressione arteriosa 75/50; estremità fredde e cianotiche; capelli radi e aridi; unghie striate e fragili. L'anoressia è assoluta: la malata inghiotte soltanto poche cucchiaiate di cibo al giorno.

La famiglia della p. non presenta la minima tara neuro-psichica; interrogando la malata non si riesce a mettere in evidenza nessun fattore psicologico che possa spiegare l'instaurarsi dell'anoressia. Tuttavia Decourt fa ricoverare la malata in una casa di cura per malattie mentali; fa sospendere ogni cura medicamentosa e iniziare invece una psicoterapia attenta e continua; raccomanda l'isolamento assoluto della malata, proibendo anche le visite dei genitori.

Ed ecco che l'anoressia cede a poco a poco: il latte è subito ben sopportato, poi la dieta viene progressivamente allargata. Le condizioni generali migliorano, i capelli ricrescono con aspetto normale, così pure le unghie; il peso corporeo aumenta continuamente: in otto mesi tale aumento è di Kg. 19 e la paziente, che pesa ormai Kg. 43 e può considerarsi guarita, viene dimessa dalla casa di cura.

Il secondo caso è quello di una giovane di 23 anni, che ha sempre avuto mestruazioni in tutto normali. La malattia ha inizio con una progressiva diminuzione dell'abbondanza della mestruazione e con una perdita di peso di Kg. 3. Un anno dopo si instaura amenorrea e la perdita di peso ha raggiunto gli 11 Kg., mentre l'appetito è conservato. Il metabolismo basale è — 10: la glicemia è 0,83. La paziente è stitica e freddolosa; all'esame obbiettivo si rileva, oltre alla magrezza, un certo grado di acrocianosi. Dal punto di vista psicopatologico, nulla di particolare, salvo che la malata sembra triste e chiusa in se stessa; l'anamnesi famigliare mette in evidenza che il padre della p. si è suicidato.

Un tentativo di terapia con estratto ipofisario totale non porta nessun miglioramento: si verifica anzi un'ulteriore diminuzione del peso corporeo, in ragione di Kg. 2. Si ricorre allora all'isolamento in ambiente psichiatrico e ad una psicoterapia esercitata quotidianamente. Il vitto è quello normale dell'ospedale.

In 6 settimane il peso corporeo aumenta di Kg. 3,500 e ricompaiono le mestruazioni. La paziente viene allora dimessa dall'ospedale: un mese dopo, essa comunica che continua ad aumentare di peso e che la mestruazione si è ripetuta normalmente.

Decourt aggiunge di aver potuto curare con pari successo altri due casi analoghi a questi e, in base alla sua esperienza e allo studio della letteratura in argomento, si dichiara incline a considerare l'anoressia mentale e la cachessia ipofisaria come un'unica sindrome morbosa: talora sarebbero i disturbi psichici, più o meno evidenti, ad indurre, attraverso i centri neurovegetativi del diencefalo, alterazioni funzionali dell'ipofisi e di altre ghiandole a secrezione interna (in primo luogo dell'ovaio), accompagnate da perdita del senso dell'appetito e quindi da tutte le dannose conseguenze di un'ipo-alimentazione protratta; altre volte invece sarebbero le lesioni primitive dell'ipofisi o dei centri diencefalici ad indurre, attraverso le vie ipotalamo-corticali (Roussy e Mosinger), i disturbi psichici e somatici caratteristici dell'anoressia mentale. A. B.

SEGNALAZIONI

Il volume di G. Sanarelli sul colera.

Una felice iniziativa della « Farmitalia », di offrire in dono ai Medici italiani l'opera sul colera del Sanarelli, ci porge l'occasione di ricordare questo libro, ormai classico, che darà modo ai medici delle nostre generazioni, i quali non hanno avuto occasione di vedere casi della terribile malattia esotica, di acquistarne una chiara idea e di apprendere su di essa una ingente copia di dati interessantissimi, efficacemente esposti e ben coordinati.

Il magistrale trattato del Sanarelli dà infatti ampio svolgimento alla storia, alla nosografia, all'anatomia patologica e alla batteriologica del colera, nonchè alla sua diagnosi, alla terapia, all'epidemiologia e alla profilassi individuale, nazionale e internazionale.

Ma la sua grande importanza è costituita sopratutto dal fatto che il libro espone e discute le concezioni e le ricerche dell'A. sulla patogenesi del colera e delle infezioni intestinali, concezioni assolutamente nuove e originali e che tali restano oltre il tempo in cui furono formulate. Secondo queste vedute gli agenti infettivi non giungono nell'intestino per la via dello stomaco, il quale, anzi, oppone ad essi una barriera e può distruggerli mediante il proprio succo digerente; ma bensì per la via delle fauci e specialmente per le tonsille, donde penetrano nel sistema sanguigno e linfatico per arrivare da tergo all'intestino; qui si localizzano per un fenomeno di enterotropismo e provocano la caduta dell'epitelio della mucosa (epitallassi), alla quale si accompagnano i sintomi caratteristici, che possono giungere all'algidismo.

La dimostrazione di questo meccanismo patogenetico è data da minuziose ricerche che nell'opera del Sanarelli sono esposte nel modo più particolareggiato; questa teoria venne poi estesa anche alle infezioni tifoidi, alla dissenteria batterica ecc. Ulteriori sviluppi hanno portato alla nozione di allergia emorragica (fenomeno di Sanarelli) e ad intendere la patogenesi di alcuni fenomeni morbosi acuti (come l'attacco di appendicite).

Il libro ottenne in Italia e all'Estero i più larghi consensi e conserva anche oggi tutto il suo interesse; il meritorio atto di mecenatismo della « Farmitalia » riuscirà quindi pienamente gradito alla classe medica italiana e rappresenta la più degna onoranza alla memoria del compianto Maestro (1). G. A.

(1) Il libro ha il prezzo commerciale di L. 90 più 10 %; viene offerto in dono gratuito agli studiosi che ne faranno ricerca, rivolgendosi all'Ufficio propaganda Farmitalia, via Moscova 18, Milano.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Vitaminologia, Biologia, Patologia, Clinica. Ricerche e studi raccolti da G. DI MACCO. Volume I, 1942, I.T.E.R., Corso Oporto, 57, Torino, pp. 470. L. 80.

Il volume contiene circa 50 pubblicazioni originali sulle vitamine nel campo della Patologia e della Clinica, provenienti da Istituti, Cliniche Universitarie e Laboratori italiani di ricerche; inoltre recensioni di lovori e di libri, dati riassuntivi biologici e terapeutici ed un prontuario dei preparati vitaminici di più largo uso. I lavori vertono su quasi tutte le vitamine note con risultati che ne lumeggiano l'azione sul ricambio glucidico, sui tumori, sul lavoro muscolare e psichico, su alcune tossicosi, sul metabolismo idrico, sulla termoregolazione, sulla circolazione, sugli interventi chirurgici, ecc. Alcuni studi riguardano i rapporti tra vitamine e ormoni, altri le correlazioni intervitaminiche; un ampio scritto a carattere sintetico ha per oggetto la pellagra e l'acido nicotinico. Sono utilissimi i dati riassuntivi (16 fittissime pagine) perchè forniscono un quadro chiaro e comprensivo delle nozioni acquisite sulle vitamine, delle quali è riportata anche la quantità negli alimenti più comuni.

Gli argomenti svolti ed i risultati conseguiti interessano, per il loro carattere generale, medici, chirurghi, specialisti e quanti si occupano di Vitaminologia. Il volume, che mette in luce l'importanza del contributo italiano, offre agli studiosi interessanti spunti per nuove ricerche e ai medici colti la possibilità di seguire i progressi meravigliosi in una delle più avvincenti branche della Medicina moderna.

Il prof. Di Macco, che ha voluto questo volume ed ha curato la raccolta dei lavori, ha fatto opera altamente meritoria, contribuendo a quel coordinamento degli studi sperimentali verso i grandi problemi di attualità, che costituisce un elemento fondamentale del progresso scientifico. *m. c.*

RECKNAGEL K. *Was der praktische Arzt ueber Vitamine wissen soll.* G. Thieme ed., 2ª ediz., Lipsia, 1942. Un vol. in 8°, di pp. 188, RM 3,68.

Dopo soli otto mesi dalla prima edizione, che avemmo occasione di presentare in questo giornale, compare la seconda, richiesta e attesa da medici e biologi, che avevano trovato nel lavoro di Recknagel un lucido compendio aggiornatissimo delle conquiste vitaminologiche. In un campo come questo, in continua evoluzione, un libro invecchia presto.

In questa seconda edizione, è stata aggiornata la parte riguardante la sintesi delle vi-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

tamine; è stato completato lo schema del contenuto vitaminico dei più comuni alimenti; è stata aggiunta, vitamina per vitamina, una breve trattazione della corrispondente ipervitaminosi, il che era necessario, in vista delle grandi dosi oggi da molti preferite.

L'importanza delle vitamine sembra trascendere sempre più quella della loro azione specifica. Riappaiono nella letteratura i concetti preconizzati dal nostro Centanni, poichè si parla delle vitamine come di biocatalizzatori, elementi costitutivi di sistemi enzimatici, indispensabili per la vita del citoplasma cellulare in termini generali.

Tra le vitamine nuove, assume nuova importanza la vitamina H[1], ac. para-aminobenzoico, indispensabile per l'accrescimento dei batteri, simile per struttura al nucleo sulfamidico, ma di questo concorrente, quanto ad effetto sulla vita e sulla riproduzione dei batteri.

Anche la vitamina P richiama l'attenzione degli sperimentatori e più ancora dei clinici.

Oggi questo libro costituisce quanto di più moderno è desiderabile in tema di vitaminologia; la forma schematica, chiarissima della trattazione ne rende la lettura facile e proficua.

M. COPPO.

MINISTERO DELL'INTERNO. *Rendiconti dell'Istituto Superiore di Sanità*, vol. V, parte II, pag. 698, giugno 1942, s. p.

La II parte del V volume di questi rendiconti, di cui i nostri lettori sono tenuti al corrente man mano che si stampano, comprende numerosi lavori tutti interessanti. Lidia La Face ha scritto sulle « Malattie trasmesse dagli artropodi e i recenti sviluppi dell'entomologia medica » un lavoro che rappresenta un vero trattatello sull'argomento e che costituisce un anticipo di quel trattato che l'autrice sta scrivendo. In questo lavoro il medico troverà nozioni preziose e sintetiche di entomologia! materia che in genere oggi si conosce molto poco) con tutti i riferimenti alle numerosissime malattie da protozoi, da batteri, da virus filtrabili in cui gli insetti hanno importanza. Numerose illustrazioni e fotografie completano il lavoro, che è corredato da un quadro sinottico riassuntivo.

C'è poi una serie di articoli che riguardano il tifo esantematico: uno di Romano Maggiora-Vergano sui « Vaccini e vaccinazioni nella profilassi del tifo esantematico », uno di Babudieri sulle « Prove comparative dell'attività di vaccini antidermotifici, preparati seguendo metodi diversi », uno di G. Mariani e I. Archetti » « Studi sulla vaccinazione antidermotifica: sui rapporti fra infezione intestinale del pidocchio e polmonare del topolino con Rickettsia provazeki » poi uno di G. Mariani su « Inclusioni dell'epitelio congiuntivale e loro rapporti sulle Rickettsie », uno di I. Archetti sulla « Polmonite sperimentale da Rickettsie nel topolino bianco.

Dopo un lavoro di Mariani e Archetti sulla « disinfezione spontanea dal pediculus corporis » c'è una serie di ricerche di fisica: la camera di Wilson nel laboratorio fisico di D. Bocciarelli, un tipo di elettrometro a filo di G. C. Trabacchi, sull'arto fra protoni e neutroni di E. Arnaldi, D. Bocciarelli, B. Berretti e G. C. Trabacchi e infine uno su tubo a raggi X con catodo sostituibile di Amaldi, Bocciarelli e Trabacchi. L.

A. IORES. *Klinische Endokrinologie*. Seconda edizione. Editore Springer. Prezzo RM. 27.

La seconda edizione di questo libro presenta i medesimi pregi della precedente, accresciuti dal rimaneggiamento delle materie trattate.

I singoli complessi morbosi relativi alle alterazioni organiche e funzionali dell'apparato endocrino sono presentati in modo da dare un facile orientamento clinico.

Il libro, utilissimo per medici e studenti, ha un'impostazione nettamente pratica sia per quel che riguarda le precisazioni diagnostiche che le indicazioni terapeutiche.

Le figure illustrative sono abbondanti e nitide. DR.

R. ALLENDY. *Paracelso. Il medico maledetto*. Fratelli Bocca Edit. Milano. Prezzo L. 28.

Un'altra pubblicazione dopo le tante che sono comparse su Paracelso negli ultimi anni.

L'uomo che fu denigrato come impostore ed esaltato come un geniale innovatore, trova attualmente il sereno ed equilibrato giudizio della posterità.

L'A. mette in giusto rilievo l'originalità del pensiero di Paracelso e con quanta luce egli squarciò l'oscurantismo nel quale brancolava la medicina dei suoi tempi, seguendo la via che doveva poi essere trascorsa dai posteri con tanto successo.

Il libro è ricco di dati biografici e di notizie storiche che dànno conto delle lotte, delle traversie del grande pioniere, e ne mettono in risalto l'opera innovatrice. DR.

Posta dell'Amministrazione

Agli abbonati.

Torniamo a dichiarare che la spedizione del nostro periodico si effettua con assoluta regolarità; i ritardi che gli abbonati segnalano e deplorano, devono ascriversi alla riduzione del personale addetto alle Poste, riduzione inerente ai richiami sotto le armi, che ha per conseguenza uno straordinario ingombro nei servizi.

Intervengono, dunque, circostanze di forza maggiore e i reclami che numerosissimi ci giungono, non colpiscono l'amministrazione del periodico, la cui puntualità è tradizionale, e — possiamo affermarlo con legittimo orgoglio — senza esempi nel campo della nostra stampa sanitaria. L'EDITORE.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DIAGNOSTICA

Diagnosi precoce di un cancro fibroso incipiente della piccola curvatura gastrica.

La forma fibrosa del cancro gastrico sembra difficile a riconoscersi precocemente per la sua evoluzione torpida e puramente infiltrante all'inizio. M. Chiray, G. Albot, Ch. Debray e R. Le Canuet (*Presse médic.*, 24 febbraio 1942) descrivono il caso di un muratore cinquantatreenne che da alcuni mesi aveva dolori che comparivano alcune ore dopo i pasti, si prolungavano nel pomeriggio e in parte della notte e spesso terminavano con vomito alimentare. Essi erano localizzati all'epigastrio, e a volte, avevano un'irradiazione diffusa a tutto l'addome, senza nessun carattere di periodicità. Mai melena, mai ematemesi. Appetito conservato senza anoressia elettiva e dimagrimento notevole (7 kg. in 14 mesi). Clinicamente c'era un punto epigastrico dolentissimo.

Radiologicamente sulla piccola curvatura, a livello dell'angolo gastrico e sulla porzione iniziale dell'antro, c'era una zona semirigida di 2 cm. La stessa immagine appariva più netta in un secondo esame radiologico fatto sei settimane dopo. Anche l'esame gastroscopico metteva in evidenza una zona di rigidità della faccia posteriore a livello del pilastro posteriore dello sfintere dell'antro.

L'intervento (gastrectomia) confermò la diagnosi di tumore di piccola dimensione alla piccola curvatura. Quattro anni dopo l'intervento l'ammalato godeva ottima salute.

L'esame istologico deponeva per un cancro a carattere fibroso.

Le basi fondamentali della diagnosi sono state la persistenza dell'immagine rigida dopo sei settimane e la rigidità della parete osservata gastroscopicamente.

Desplas, Gutmann e Arnous hanno descritto un tumore gastrico piccolo esso pure (come una moneta da cinque franchi) che dava l'immagine radiologica di una nicchia, immagine dovuta ad una depressione della parete gastrica in vicinanza del tumore.

Il caso descritto dagli AA. pone in discussione la possibilità di guarigione delle forme di cancro prelinitico di cui esso era un esempio.

L.

CASISTICA

Su un caso di sindrome di Pancoast con diminuzione neurogena dalla capacità di pigmentazione.

G. Lindgren (*Acta Medica Scandinavica*, fasc. VI, 1042) riferisce diffusamente un caso di sindrome di Pancoast da cancro bronchiale apicale del lato sinistro. La sindrome di Pancoast è dovuta appunto ai tumori sviluppatisi vicino all'apertura superiore del torace ed è caratterizzata da alcuni sintomi radiologici e clinici caratteristici: dolori nella regione della spalla irradiantisi al braccio, sindrome di Horner (miosi, restringimento della rima palpebrale ed enoftalmo), atrofia della muscolatura della mano, alterazione del contorno superiore delle coste superiori visibile radiologicamente. I tumori che dànno questa sindrome deriverebbero, secondo Pancoast, dai resti embrionali della V fessura branchiale e non dai polmoni, pleura, coste o mediastino.

Il caso riferito dall'A. invece, pur presentando al completo la sindrome di Pancoast, avrebbe avuto origine nel bronco apicale. Inoltre esso presentava un fenomeno finora non descritto in nessun caso di sindrome di Pancoast e cioè la metà sinistra del corpo era anidrotica ed aveva perduto la capacità di pigmentarsi sotto l'azione dei raggi ultravioletti, il che probabilmente dipendeva, secondo l'A., da una infiltrazione tumorale del simpatico e forse anche dei nervi intercostali del lato sinistro.

F. T.

I neurinomi intratoracici.

J. Troisier, M. Bariéty e O. Monod (*La Presse Médicale*, 21 ottobre 1941) prendono lo spunto da due casi clinici loro occorsi, per fare una sintesi del quadro morboso offerto dai neurinomi intratoracici, tumori benigni spesso asintomatici e scoperta casuale della radiologia, situati nella parte posteriore e superiore del torace, sotto la pleura, caratterizzati dall'assenza di connessioni polmonari, e dalla presenza di legami stretti e solidi con la colonna vertebrale, da scarsa vascolarizzazione e da una facile estirpabilità chirurgica. Essi si osservano di preferenza nel bambino e nell'adulto giovane, soprattutto nel sesso femminile. Clinicamente possono dar luogo a quattro diversi quadri: quadri asintomatici, quadri di compressione mediastinica (tosse, dispnea, crisi asmatiformi, dolori scapolari, cianosi, disfagia, voce rauca ecc.), quadri di compressione midollare quando il tumore ha un prolungamento che penetra nel canale di coniugazione arrivando nel canale rachidiano ed infine coesistenza con gli elementi periferici della neurofibromatosi di Recklinghausen. A questa sintomatologia clinica così variabile si associa invece un'immagine radiologica costante e molto suggestiva: un'ombra massiva, densa, omogenea, rotondeggiante, sempre nettamente delimitata occupa nel 90% dei casi la parte alta del torace, più raramente la parte media o inferiore. Nel 98% dei casi il tumore è posteriore, latero-vertebrale attaccato alla colonna nella doccia costovertebrale: è importantissimo il fatto che, qualsiasi incidenza radiologica venga usata, non è mai possibile sco-

prire la più piccola striscia trasparente tra il tumore e le vertebre, il che è dovuto alla stretta aderenza della neoformazione al rachide.

La diagnosi differenziale deve essere posta specialmente con l'aneurisma del tratto discendente dell'arco aortico, con alcuni tumori benigni del polmone e con la cisti di echinococco; in queste affezioni però è molto raro osservare una aderenza così intima dell'ombra tumorale col rachide.

L'evoluzione dei neurinomi è molto lenta; tuttavia alla fine si possono avere i segni di compressione sul polmone e sul mediastino.

Le caratteristiche anatomiche dei neurinomi intratoracici sono: 1) l'essere tumori non mediastinici, ma laterovertebrali; 2) l'essere tumori sottopleurici; 3) l'essere vascolarizzati molto poveramente; 4) l'essere fissati alla colonna vertebrale da connessioni nervose, che devono essere sezionate per poter asportare il tumore; 5) l'avere frequentemente un prolungamento nel foro di coniugazione.

La terapia è soltanto chirurgica, per via posteriore. F. T.

TERAPIA

Cura della embolia grassosa con respirazione di ossigeno.

La penetrazione di quantità più o meno grandi di grasso nel torrente sanguigno accompagna quasi costantemente, dice H. v. Brücke (*Klin. Wochenschr*, 28 agosto 1942) le fratture ossee degli adulti. Ricerche adeguate dimostrano costantemente piccole quantità di grasso in fine suddivisione, nel sangue e nella urina. Sintomi clinici si manifestano solo se notevoli quantità di grasso penetrano nel sangue in tempo relativamente breve: dapprima sono ostruiti i capillari del polmone alle goccioline di grasso (forma polmonare della embolia grassosa), in seguito la penetrazione del grasso nel grande circolo produce la embolia grassosa cerebrale, per ostruzione dei fini capillari del cervello. La cura deve mirare soprattutto a migliorare la circolazione: buoni risultati dà la infusione di soluzione fisiologica. Si consiglia anche di praticare un salasso locale, per scaricare una parte del sangue carico di grasso: soprattutto se è stato messo un laccio emostatico. In un caso osservato dall'A. la frattura del femore aveva provocato sintomi gravi di embolia polmonare e cerebrale; nonostante i più vari farmaci della circolazione e una trasfusione di 500 cm. di sangue, lo stato si aggravò così da mettere in imminente pericolo di vita. Si ricorse allora alla somministrazione di ossigeno, attraverso un catetere passato nella narice, per 72 ore di cui 24 continuative. Miglioramento immediato e progressivo fino a completa guarigione. P.

La Saponaria officinale può sostituire la Poligala virginiana.

G. Orestano espone in « *Rinnovamento Medico* » anno XX, N. 3-4, i risultati dei suoi studi sull'argomento.

La Saponaria officinale, pianta indigena molto diffusa e di facile raccolta, pur essendo menzionata in quasi tutti i trattati di materia medica e di farmacologia e nella farmacopea francese e germanica, in questi ultimi decenni è andata praticamente in disuso.

Date le difficoltà di approvvigionamento della Poligala virginiana e data la inefficacia della Poligala vulgaris o comune, il prof. Orestano ha studiato le caratteristiche di azione della Saponaria officinale.

Dalle numerose ricerche eseguite dall'Autore risulta che nella Saponaria officinale, come nella Poligala virginiana, l'azione espettorante è dovuta al loro contenuto in saponine. Le saponine della Saponaria officinale hanno le stesse azioni di quelle della Poligala virginiana; sono però un po' più attive (circa una volta e mezzo). Inoltre le radici di Saponaria officinale hanno un contenuto in saponine notevolmente variabile da campione a campione. Questa variabilità del contenuto percentuale in princìpi attivi nella Saponeria officinale è stata la causa, secondo l'A., per la quale l'impiego della Saponaria in terapia umana è andato lentamente in disuso.

L'A. consiglia quindi l'impiego come espettorante, quale ottimo succedaneo della Poligala virginiana, di preparati di Saponaria officinale, che abbiano un contenuto in saponine costante, saponine la cui attività sia stata controllata biologicamente con quella delle saponine della Poligala virginiana.

a. p.

VARIA

Onorari medici in Grecia.

La svalutazione del denaro e la carestia, in Grecia, hanno avuto conseguenze inattese. Ad es. da Ankara giungono notizie secondo cui la Società medica di Atene ha deliberato che i medici possono essere retribuiti, oltre che in denaro, anche in derrate. Non sono stabilite tariffe; ma si era determinata la consuetudine di compensare una visita con un uovo ed una operazione chirurgica con un paio di scarpe ovvero con equivalenti. Il Ministero della Sanità si è opposto a tale forma di rapporti, i quali non conferiscono alla dignità professionale. La Società medica di Atene ha ribattuto brevemente: afferma di essere dello stesso parere, ma che i medici hanno bisogno di mangiare e vestirsi, per adempiere i loro compiti, e a tale scopo oggi si ritorna al baratto. (Da *Attual. Med.*, luglio-settembre 1942).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Scelta del sistema di composizione di un collegio medico.

Il regolamento di una amministrazione ospedaliera stabiliva che gli accertamenti sanitari nei riguardi del personale sanitario fossero compiuti mediante visita medica collegiale; ed il collegio medico dovesse essere costituito da tre medici militari ovvero da tre liberi professionisti possibilmente medici universitari.

Nacque dissenso tra l'Amministrazione ospedaliera ed il sanitario sul punto circa il diritto di scelta nella composizione del collegio medico, se spettasse al sanitario ovvero all'Ospedale. Avendo l'ospedale rivendicato a sè il diritto di scelta, il sanitario si rifiutò di presentarsi alla visita. Fu licenziato. Fra gli altri motivi dedotti nel suo ricorso in sede giurisdizionale amministrativo, il sanitario sosteneva di avere diritto di scelta alla composizione del collegio, diritto desumibile da un principio generale, che troverebbe la sua fondamentale applicazione in materia di obbligazioni alternative in cui il diritto di scelta spetta al debitore.

Ma la V Sezione, con decisione del 20 febbraio 1942, n. 111, respinse quella tesi, rilevando che l'invocato principio di diritto non trovasi in alcun luogo formulato, e che del tutto incongruo è il richiamo ad istituti di diritto patrimoniale che obbediscono ad esigenze fondamentalmente diverse. Ogni norma giuridica, che disciplina l'organizzazione ed il funzionamento di un ente pubblico, è ispirata essenzialmente alle esigenze di pubblico interesse cui l'ente stesso per sua finalità istituzionale provvede: l'interesse dei privati è sempre subordinato all'appagamento dell'interesse pubblico. Se, dunque, una norma concede una facoltà alternativa di scelta, senza ulteriori precisazioni dirette o indirette, è indubbio che codesto diritto di scelta spetti all'Amministrazione, la quale è in grado di valutare le esigenze di pubblico interesse cui quella norma intende provvedere.

Compensi per prestazioni nell'esclusivo interesse privato da parte dell'ufficiale sanitario.

L'art. 42 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con R. D. 27 luglio 1934, n. 1265, dispone che per il rilascio di certificati, concernenti gli accertamenti che le vigenti disposizioni demandano all'ufficiale sanitario, è dovuto al Comune un compenso a carico dei richiedenti, quando tali certificati siano richiesti nell'esclusivo interesse privato. La riscossione è fatta a mezzo di marche segnatasse.

La misura del compenso e i casi per i quali è dovuto sono stabiliti con decreto del Ministro per l'Interno.

Il successivo art. 43 disciplina la partecipazione dell'ufficiale sanitario e del personale tecnico, che lo ha coadiuvato negli accertamenti, al provento della prestazione.

Come è noto, non essendo stato ancora emanato il decreto ministeriale preveduto dall'articolo 42, queste disposizioni, dopo circa un decennio dall'entrata in vigore del testo unico, sono tuttora disapplicate. È probabile che questa situazione imperfetta e dannosa permanga sinchè non si proceda ad una riforma delle disposizioni medesime.

Riteniamo utile esporre qualche osservazione circa il significato dell'art. 42, nella fiducia che opportune chiarificazioni possano contribuire ad una migliore disciplina di questa attività e della destinazione dei proventi.

L'art. 42 considera i compensi dovuti dai privati come vere e proprie tasse per prestazioni del Comune attraverso l'opera dell'ufficiale sanitario. Questa interpretazione è stata sostenuta dal *Pappalardo* nel suo Commento al testo unico delle leggi sanitarie (pag. 93), osservando che, se è la legge che demanda all'ufficiale sanitario determinati accertamenti, questi non sono da esso eseguiti quale privato professionista, agendo egli nell'esercizio delle sue funzioni. L'opera non è quindi una prestazione privata, ma è prestazione di un pubblico servizio. Vero è che il compenso è dovuto solo quando l'accertamento sia richiesto nell'esclusivo interesse privato; ma in materia di tasse avviene sempre questo: la tassa è una controprestazione del privato di fronte ad una prestazione dell'ente pubblico, della quale il privato profitta nel suo interesse.

L'ufficiale sanitario partecipa ai proventi di queste tasse, come i sanitari ospedalieri partecipano ai proventi delle cure ai privati, cure che, come abbiamo più volte notato in questa rubrica, non costituiscono prestazione professionale dei medici ospedalieri, ma prestazione dell'ente ospedaliero attraverso i sanitari dipendenti.

Questo concetto informatore della legge non può presentare difficoltà di interpretazione o di ordine teorico, ma desta opposizioni di ordine pratico da parte dei sanitari interessati. Tali contrasti sarebbero, secondo noi, ingiustificati se partissero dal presupposto che l'at-

(Continua in testa alla pagina seguente)

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

(*Seguito della* Politica sanitaria *dalla pag. prec.*)

tività prevista dall'art. 42 sia un'attività professionale privata dell'ufficiale sanitario; ma sono legittimi se si fondano sulla esigenza che l'ufficiale sanitario, al quale nei centri maggiori è inibito e comunque è di fatto impossibile l'esercizio professionale abbia, anche nel campo economico, il dovuto prestigio e la necessaria serenità. E poichè un trattamento economico decoroso non è sperabile che venga dalle casse dei Comuni è opportuno che l'ufficiale sanitario possa giovarsi di una partecipazione equa ed apprezzabile ai proventi che derivano dalle prestazioni richieste dai privati. Una regolamentazione è necessaria e non può essere ancora differita al fine della migliore applicazione dei citati art. 42 e 43.

Diremo in una prossima nota come, secondo noi, debba essere interpretata la disposizione dell'art. 42 in ordine ai seguenti punti:

1) Che ne è dei compensi corrisposti dai privati per gli accertamenti compiuti dall'ufficiale sanitario *senza rilascio di certificato?*

2) Quali sono gli accertamenti che le vigenti disposizioni demandano all'ufficiale sanitario?

3) Quando il certificato può dirsi richiesto *nell'esclusivo interesse privato?*

CONCORSI.

Concorsi a premi.

Concorsi per la storia della medicina

Sono banditi i concorsi ai premi delle due Fondazioni Massimo ed Elide Piccinini presso gli Istituti ospedalieri di Milano per il 1943 (Storia della medicina con particolare riguardo alle benemerenze della Chiesa Cattolica). Presso la R. Università di Roma come presso la « Soc. Ital. Progresso Scienze » sono pure banditi i Concorsi 1943 a due premi (ciascuno di L. 5000) per lavori di carattere storico ed altri due (M. ed E. Piccinini) si svolgono sotto gli auspici della « Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria ». Ulteriori informazioni possono aversi dalle Segreterie dei singoli Enti.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

RICOMPENSE AL VALOR MILITARE.

Medaglia d'argento.

Ten. pilota Luciano Florè, chirurgo-urologo presso l'Ospedale Civile di Genova:

« Abile ed ardito pilota, rinunciando di essere impiegato in qualità di medico, otteneva di essere destinato ad un reparto operante. Capo equipaggio di apparecchio da ricognizione marittima, esperto navigatore, compiva numerose esplorazioni a grande raggio e missioni isolate su munite basi nemiche non ostante la presenza della caccia e la vivace reazione controaerea riuscendo spesso a segnalare notizie sulle formazioni navali nemiche. In condizioni atmosferiche avverse, più volte si offriva volontario per portarsi là dove un camerata italiano o tedesco chiamava il soccorso del medico e del pilota, e animato da non comune spirito di abnegazione riusciva nell'opera di salvataggio anche quando, attaccato dalla caccia nemica, il suo apparecchio veniva crivellato da colpi e menomato in parti vitali » — Cielo del Mediterraneo, febbraio-settembre 1941-XX.

Ten. med. dott. Francesco Saporito da Napoli è stata conferita la medaglia sul campo:

« Ufficiale medico paracadutista, già affermatosi per elette qualità professionali e militari in numerosi, aspri combattimenti; avuto colpito il posto di medicazione, unico superstite illeso, si prodigava a soccorrere i suoi soldati, sotto il persistente fuoco nemico.

Circondato da soverchianti forze, mentre attendeva in una grotta a medicare numerosi feriti gravi, alla testa di un pugno di animosi, difendeva, con arma automatica, l'improvvisato ricovero, fino al sopraggiungere di rinforzi.

Mirabile esempio di coraggio, di ardimento e di assoluta dedizione al dovere che nuovo lustro apporta alle nobili tradizioni del Corpo Sanitario Militare ». — El Fetiah, gennaio 1941.

Il prof. Filippo Calzolari, ordinario di chimica farmaceutica e tossicologica nell'Università di Ferrara, è nominato Commissario straordinario con i poteri di Rettore dell'Università stessa.

L'ecc. prof. Domenico Marotta, direttore dell'Istituto superiore di Sanità, è stato abilitato alla libera docenza in storia della chimica.

Il concorso per il premio biennale « Elide Piccinini Stramezzi » istituito per la storia della medicina presso la R. Università di Firenze è stato giudicato da una Commissione costituita dai proff. Leoncini, Aiazzi-Mancini, Corsini. Il premio (di L. 2000), è stato conferito con voto unanime a Vera Castaldi per il lavoro sul tema: « Il medico cagliaritano Giovanni Tommaso Porcell (1528-1590) ».

NOTIZIE DIVERSE

Nella stampa sanitaria.

Si è iniziata la pubblicazione a Madrid de « La Medicina Colonial », fondata e diretta dal prof. Valentin Matilla col patrocinio della Direzione generale del Marocco e delle Colonie. Il primo numero (gennaio 1943) reca tre lavori: sulle forme extra-eritrocitiche dei parassiti malarici, sulla lebbra endemica nel protettorato del Marocco e sull'organizzazione sanitaria nei territori spagnoli del golfo di Guinea; seguono recensioni e notizie. La Sede degli uffici è in: avenua del Generalisimo 5.

Auguri.

Il periodico mensile « La Clinica Pediatrica », fondato e diretto dal compianto prof. R. Simoncini a Modena, passa col 1943 sotto la direzione del prof. G. Salvioli a Bologna, ove esso avrà la sede presso la R. Clinica pediatrica.

Azioni giudiziarie.

A Parigi, durante la malattia di un medico addetto ad una Compagnia di assicurazioni, la moglie non esitò a mantenere attivo il gabinetto di consultazioni, esaminando una cinquantina d'infortunati, prescrivendo le cure, eseguendo le medicazioni e rilasciando certificati di riposo. La malattia del medico, durata 39 giorni, ebbe esito letale.

La Società ha intentato causa per danni contro la vedova, che il Tribunale ha condannato ad un'ammenda di 300 franchi per esercizio illegale della medicina ed a corrispondere l'indennizzo di 5000 franchi.

Un po' dovunque.

L'« Associazione Medici Italiani Artisti e Scrittori » e l'« Ufficio Stampa Medica Italiana » hanno dato incarico ad una Commissione di riassumere l'attività svolta dai medici scrittori con particolare rigardo: 1) alla storia della medicina; 2) ai rapporti culturali con l'Oriente Asiatico e specie col Giappone; 3) alla letteratura di guerra. Per ulteriori notizie scrivere al dott. G. Sigurini (per AMIAS), via Porpora 9, Milano; oppure al dott. B. Erba (per USMI), via Vallazze 39, Milano.

La Società medico-chirurgica di Modena si è adunata il 9 dicembre, sotto la presidenza del prof. Aggazzotti; sono state fatte comunicazioni da: P. Domenichini (2 comunicz.), G. Fasanaro, A. Franciosi (2 comunicaz.), A. Tavernari, A. Zanni-Giberti, M. Lenzi.

Ne « L'Organizzazione scientifica del lavoro » viene descritta e illustrata l'azienda « Consorzio Neoterapico Nazionale » di Roma e se ne documenta l'importanza assunta. Sorta 21 anni or sono, questa azienda produce ora 35 specialità medicinali; ha sede in locali magnifici e perfettamente attrezzati; dà lavoro a 350 dipendenti.

Tra i rimpatriati recentemente dall'Africa Orientale, in prevalenza donne, vecchi e bambini — così affettuosamente assistiti ed accolti — erano molti infermi e barellati, che sono stati oggetto di particolari cure.

Il « Giornale d'Italia » del 14 gennaio, reca l'interessante descrizione di un ospedale militare, fatta da F. V. Nardelli.

Nella città tedesca di Lüneburg e nella zona adiacente si è determinato un incremento di difterite e di scarlattina. Si è proceduto ad una vaccinazione mista (contro la difterite non era ancora stata effettuata) per mezzo del vaccino Di Scarlatox Asid (dello Anbraltisch Serum-Institut di Berlino). Si richiedono tre iniezioni.

In Germania si è prescritto che il fegato degli animali mattati debba essere impiegato solo per l'allestimento di estratti destinati alla cura dell'anemia perniciosa; non è più consentita l'aggiunta di estratti epatici ai tonici, ai ricostituenti, ecc.

A Praga è stata fondata la « Società per la medicina di guerra »; la cerimonia venne presieduta dal gen. med. prof. Muntsch, ispettore medico per la Boemia e la Moravia; il prof. Flury di Würzburg tenne una conferenza sul tema: « Medicina di guerra e gas di guerra ».

L'8ª riunione della Società anatomica portoghese si è tenuta a Coimbra dal 24 al 26 novembre, sotto la presidenza del prof. Hermâni Monteiro. Un resoconto ne è dato in « Medic. Contemp. » di Lisbona, 6 dicembre 1942.

Nella « Med. Klinik » del 15 gennaio si rileva come la Svezia continui a prestare un aiuto attivo alla Finlandia in guerra. Durante la scorsa guerra russo-finnica l'aiuto si era concretato specialmente con l'invio di uomini e materiali: è così che molti medici svedesi prestarono la loro opera al fronte. Ora si è organizzata una vasta assistenza ad invalidi, madri e bambini; ad es. in Svezia sono ospitati 20.000 bambini finnici, presso famiglie e in nidi per bambini.

Un'epidemia di vaiolo prodottasi in Turchia ha resistito alla vaccinazione con linfa fornita dall'Inghilterra e si è estesa alla Siria e alla Palestina; il governo turco si è rivolto in Germania per chiedere aiuti, e il Governo tedesco, aderendo, ha fornito altra linfa vaccinica.

Il Prefetto della Senna, con decisione del 5 settembre, ha stabilito che tutto il personale della città e del Dipartimento addetto alle scuole debba sottoporsi ad esami radiologici annuali insieme agli scolari: insegnanti, professori speciali, assistenti, cantiniere, aiuto-cantiniere, donne di servizio, portieri ecc

L'Istituto profilattico di Parigi ha tenuto la sua assemblea generale annua, sotto la presidenza del prof. G. Bertrand. Il dott. A. Vernes ha rilevato l'inquietante recrudescenza della sifilide nel corso degli ultimi tre anni: il numero dei casi trattati è triplicato, mentre i mezzi d'azione dell'Istituto diminuiscono. Il controllo della cura viene esteso normalmente fino alla 3ª generazione, per fronteggiare le forme di eredolue.

Alla Camera dei Pari, Lord Dawson of Penn, — medico della Casa Reale — ha proposto di rendere obbligatoria la profilassi delle malattie veneree, le quali vanno dilagando in Inghilterra, a causa della promiscuità determinata dall'arruolamento di vaste masse femminili nei corpi ausiliari delle Forze armate. I vescovi anglicani si sono opposti, in quanto le misure preventive potrebbero ingenerare la sicurezza dell'impunità sanitaria e, per tal modo, incoraggiare gli abusi. La proposta di Lord Dawson, pertanto, non avrà seguito.

È deceduta a Firenze l'operaia Nella Algerini in Ugolini, ventottenne, addetta allo stabilimento farmaceutico di via Padre Reginaldo Giuliani, per aver ricevuto dal caporeparto medicinali, Giannandrea Enea, 30 grammi di cloruro di bario anzichè di solfato di sodio; la morte avveniva dopo un'ora, fra atroci dolori, in ospedale. Sono state denunziate all'autorità giudiziaria per omicidio colposo il caporeparto quale maggiore responsabile e due compagne di lavoro, per correità.

A Berlino è stato condannato all'espulsione dal Partito nazionalsocialista ed a 4 anni di reclusione il capo dell'amministrazione dell'assistenza sociale del Distretto, R. Mahrler, per corruzione.

È deceduto il prof. GIUSEPPE VERCELLANA, patologo generale dell'Università di Parma; ne vanno ricordati gli studi sulle brucelle e sul batterio B, da lui inviduato e che ne porta il nome; le ricerche sulle colture cellulari; i lavori sulle ipovitaminosi; la monografia sulle funzioni della milza. Fu un apprezzato Maestro.

È deceduto in età di 58 anni il prof. ALBERT DUSTIN, direttore del Centro anticanceroso di Bruxelles, valente istologo, fisiologo generale, embriologo e istopatologo; notevoli sono i suoi studi sulla carioclasi, provocata in particolare dalla colchicina e dagli arsenicali. Durante la guerra 1914-1918 egli prestò servizio presso l'ambulanza « de l'Océan » a La Panne e vi eseguì studi pregevoli d'istoneurologia. Nel 1935, in occasione del suo 25° anno di professorato, gli furono rese grandi onoranze.

È deceduto in età di 60 anni il prof. GEORG MAGNUS, clinico chirurgo dell'Università di Monaco.

Sono deceduti due reputati anatomici inglesi: EDWARD FAWCETT, ordinario all'Università di Bristol, e RICHARD WATERSON, ordinario all'Università di Edimburgo.

Indice alfabetico per materie

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME L | Roma, 1° Febbraio 1943 - XXI | Num. 5

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE

ISTITUTO DI CLINICA PEDIATRICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore Sen. Prof. L. SPOLVERINI

Sulla prognosi della meningite pneumococcica dell'infanzia in rapporto alla terapia sulfamidica.

Esperienza di venticinque casi osservati nell'ultimo biennio.

A. COLARIZI, 1° aiuto e libero docente
I. BIDDAU, aiuto e libero docente

L'infanzia è particolarmente colpita dalla meningite pneumococcica, che in tale età occupa per frequenza il secondo posto tra le meningiti purulente, venendo subito dopo quella meningococcica. A tale riguardo la casistica della nostra Clinica concorda con quelle di diversi AA. (Trambusti, Fariola, Signa, Santa Maria Bolognesi, Jones, ecc.).

L'accordo è unanime anche nell'affermare che la prognosi della meningite da diplococco di Fraenkel è quanto mai severa, dato il decorso rapidamente letale della malattia. I casi di guarigione osservati nel passato rappresentano rare eccezioni alla regola.

La stessa molteplicità dei tentativi terapeutici — riassunti da Dardani nella relazione all'ultimo Congresso nazionale di Pediatria (Napoli, 1940) — conferma la quasi assoluta inanità di ogni terapia del passato. È molto discutibile infatti se l'esito fausto osservato in qualche raro caso possa mettersi in rapporto con la sieroterapia o con altri mezzi di cura impiegati, poichè sono stati descritti anche casi di guarigione spontanea, tra i quali ne ricordiamo uno osservato nella nostra Clinica (Gorini). Onde è presumibile che l'eccezione di qualche esito favorevole sia da attribuirsi

in gran parte all'intervento di particolari condizioni organiche e sopratutto al carattere dell'infezione stessa (infezione paucibatterica, attenuata virulenza).

L'avvento della terapia sulfamidica ha segnato l'inizio di un nuovo indirizzo terapeutico anche nel campo della meningite pneumococcica. Tra i primi resultati conseguiti con l'impiego della sulfamide semplice figurano alcuni casi lusinghieri (ricordiamo quello di Joung in un bambino di 5 anni; quello di Dereux in uno di 4 anni), ma in complesso la terapia con sulfamidici semplici ha deluso.

È solo con l'introduzione dei sulfamidici con radicale piridinico o tiazolico che sono risorte le migliori speranze, avvalorate dai risultati sperimentali nella infezione pneumococcica e dalla meravigliosa esperienza clinica nel campo delle infezioni polmonari e della meningite purulenta da meningococco.

I risultati dei primi tentativi terapeutici con i sulfopiridinici nella meningite da diplococco di Fraenkel sono stati invero incoraggianti. Ne ricordiamo alcuni: 8 guarigioni su 15 casi di Hodes e coll.; 2 su 5 di Mc Keith e Oppenheimer; 7 su 22 di Rhoads e coll. (questi ultimi con associazione della sieroterapia); oltre ai casi guariti di Reid e Dyke, di Cunningham, di Douglas Mac Alpine, di Dunlop e Laurie, Ramon, ecc. Secondo Doneddu, i casi di guarigione descritti nella letteratura francese e belga ammontavano a 12 nel 1940.

In Italia singoli casi di guarigione sono stati resi noti da Verrotti, Fornara, Bargaglia, Marconi e Scalfi, Ferreri e Coppo. Recentemente Doneddu ha riferito 5 casi venuti a guarigione con la sola terapia sulfopiridinica.

Se si confrontano questi risultati con quelli del passato, bisogna ben riconoscere che la terapia sulfamidopiridinica rappresenta già sensibile progresso realizzato anche nel campo della meningite diplococcica. Ma gli entusiasmi di alcuni AA., che parlano persino di percentuali di guarigioni prossime al 50%, debbono smorzarsi non appena si entri nel campo strettamente pediatrico. Se si mettono in rapporto infatti i risultati favorevoli con l'età dei soggetti colpiti, si rileva subito che i casi di guarigione appartengono nella grande maggioranza all'età adulta o all'adolescenza. Tanto più si scende nella scala dell'età, tanto più sale la percentuale degli esiti letali; sì che ancor oggi la prima infanzia paga un doloroso contributo alla mortalità per meningite diplococcica, che rasenta il 100% dei casi (Dardani, Ferrari, Brucellato, ecc.).

È evidente quindi che qualsiasi giudizio sulla prognosi e sulla terapia della meningite pneumococcica deve basarsi in primo luogo sull'età e che qualsiasi statistica deve nettamente separare il lattante e tutta la prima infanzia dalle età successive, quasi che si trattasse di forme morbose diverse.

Ogni giudizio sul valore di una terapia che così profondamente incide sulla prognosi della malattia, può essere formulato solo in base ad un complesso di criteri che comprendano, oltre quello dell'età, la gravità iniziale dell'infezione, il giorno di malattia, la qualità dei medicamenti usati, le dosi, le vie di introduzione, la durata, l'eventuale associazione con altre terapie.

Pertanto riteniamo che la esposizione dei resultati da noi ottenuti nel campo della meningite pneumococcica, in base ad un materiale discretamente vasto, come quello che abbiamo potuto studiare nella nostra Clinica, possa avere, oltre che un interesse scientifico-clinico, anche una qualche utilità nel campo pratico.

Premettiamo che la nostra precedente esperienza non ci consente di segnalare alcuna guarigione tra i numerosi casi (quasi un centinaio) di meningite pneumococcica ricoverati in Clinica nel decennio che precede il periodo dell'attuale casistica (la quale comprende poco più di due anni, dall'inizio del 1940 alla primavera 1942), se si eccettua l'unico caso di guarigione descritto nel 1930 da Gorini.

CONTRIBUTO PERSONALE.

La nostra esperienza si basa su 25 casi di meningite pneumococcica trattati con preparati sulfopiridinici negli anni 1940 (7 casi), 1941 (13 casi) e primo trimestre 1942 (5 casi).

La diagnosi è stata sempre accertata, oltre che con l'esame batterioscopico diretto, con la coltura del liquor.

In undici di questi casi la determinazione del tipo di pneumococco ha permesso di identificare tre volte il tipo I, quattro volte il tipo II, quattro volte il tipo III (1).

Riguardo all'età, i pazienti sono così ripartiti:

fino a 6 mesi 9 casi	72%
da 6 a 12 mesi 3 casi	
da 1 a 2 anni 6 casi	
da 2 a 5 anni 4 casi	28%
da 5 a 10 anni 3 casi	

(1) il tipo III è stato da noi osservato per la prima volta nel 1941.
In una serie di ricerche, eseguite da Colarizi nel quadriennio precedente, erano stati isolati solo i tipi I e II in 36 casi di m. pneumococcica.

Nel primo anno di vita particolarmente colpito è risultato il 2° mese (5 casi = 20%).

Nei riguardi del sesso abbiamo osservato, come qualche A. una netta prevalenza dei maschi (18 casi) sulle femmine (7 casi).

In 15 casi la meningite insorse senza altre localizzazioni manifeste della infezione pneumococcica, per cui si dovrebbe considerarla come primitiva; in 8 casi si è sviluppata contemporaneamente, o successivamente, ad una localizzazione polmonare; in un caso in seguito ad otomastoidite; in un caso è stata secondaria a nefrite.

In genere il primo giorno di ricovero ha coinciso con la prima rachicentesi e quindi con l'inizio della terapia sulfamidopiridinica; fanno eccezione alcuni casi in cui la meningite è esplosa in pazienti che si trovavano ricoverati in Clinica per affezione polmonare. È da rilevare che in questi ultimi la meningite è insorta dopo pochi giorni (due o tre) dalla sospensione del trattamento chemioterapico effettuato per precedente localizzazione polmonare; ciò che confermerebbe il fatto, già da altri osservato, che il medicamento, in una parte almeno dei casi, non evita la comparsa di altre localizzazioni del germe, pur essendo stato esso efficace a combattere il focolaio pneumonico.

Il giorno di malattia (desunto dai dati non sempre precisi dei familiari) in cui il trattamento coi sulfopiridinici ha avuto inizio è stato: in 10 casi il II; in 8 il III; in 2 il IV; in 1 il V; in 3 l'VIII; in 1 il XII (?). Dal che si deduce che la maggioranza dei casi ha avuto un trattamento relativamente precoce.

Il criterio terapeutico generalmente seguito è stato basato sul trattamento sulfopiridinico intensivo — in qualche caso associato a preparati tiazolici, raramente a qualche altro preparato sulfamidico (albucid) — e da rachicentesi quotidiane. In molti casi inoltre sono state praticate ripetute e generose trasfusioni di sangue, a giorni alterni o più distanziate. Nei casi in cui si manifestavano segni di blocco, la rachicentesi veniva associata (o sostituita) alla p. sottocipitale o ventricolare e si introducevano inoltre 10-15 cc. di aria filtrata ed eventualmente anche soluzione fisiologica tiepida.

In 4 casi si iniettò nello speco vertebrale soluzione di streptosil semplice; in 1 caso di derganil; in 3 casi di albucid. In 6 casi, in cui il pneumococco era stato identificato come tipo I o II, si introdussero nello speco rispettivamente da 20 a 130 cc. di siero antipneumococcico polivalente. In 1 caso furono iniettati per via intramuscolare 60 cc. di siero Felton tipo I e II. In due casi infine fu associata precocemente l'autovaccinoterapia.

Riguardo al trattamento sulfamidopiridinico, attuato esclusivamente con preparati italiani (1), non abbiamo seguito uno schema fisso.

Abbiamo usato tutte le vie di somministrazione — orale, intramuscolare ed endovenosa — queste due ultime particolarmente adoperate nel periodo iniziale di attacco terapeutico, allo scopo di poter raggiungere subito la più alta concentrazione di s. piridina nel sangue e nel liquor, ovvero quando il presentarsi frequente del vomito non dava sufficiente garanzia di assunzione del farmaco.

In quattro casi gravi ci siamo serviti anche della via intrarachidea, introducendo per due o tre giorni consecutivi nello speco 5 cc. della soluzione di streptosilpiridina al 5%, senza osservare alcun particolare disturbo a carico del sistema nervoso.

Come posologia — ad eccezione dei 7 casi curati nel 1940, nei quali le dosi impiegate oscillarono tra gr. 0,10 e 0,20 pro chilo-giorno — ci siamo attenuti a dosi alquanto elevate (gr. 0,20-0,40 pro chilo), giungendo a somministrare nel periodo di attacco in casi molto gravi gr. 0,46 (caso 25, lattante di 40 giorni) e gr. 0,60 in altri due lattanti (16 e 22). La quantità globale del medicamento somministrata è stata naturalmente direttamente proporzionale in genere, oltre che all'età, alla durata della malattia. Le dosi massime raggiunte sono state di gr. 20,5 (caso 16, lattante di 40 giorni), gr. 24 (caso 2, di anni 10), gr. 26 (caso 17, di mesi 4), gr. 29,5 (caso 3, di mesi 14), gr. 34 (caso 19, di anni 4), gr. 59,25 (caso 8, di anni 9), gr. 73,6 (caso 20, di anni 2).

La quantità giornaliera veniva frazionata in 4 o 6 dosi, allo scopo di assicurare il più possibile un tasso del farmaco costantemente elevato nel sangue e nel liquor. Nonostante le dosi notevolmente forti, e spesso a lungo protratte, abbiamo rimarcato raramente fenomeni tossici di una certa entità. Piuttosto frequente, sopratutto nei piccoli lattanti, è stato il vomito, che in taluni casi ha resistito alla contemporanea terapia alcalinizzante, obbligandoci a ricorrere alla via parenterale. Non si è potuto però stabilire con certezza quanta parte nell'insorgenza del vomito spettasse al medicamento e quanta alla flogosi meningea.

In un sol caso (17) abbiamo osservato una eruzione esantematica di tipo morbilliforme,

(1) Per lo più *streptosil-piridina*, talora *derganil-piridina* o *tioseptale*.

con tutta probabilità in rapporto al medicamento. In tre casi abbiamo osservato un disturbo, che non ci risulta finora segnalato da altri, caratterizzato dall'insorgenza di fenomeni di ileo paralitico (chiusura dell'alvo, imponente meteorismo, vomito). Tali disturbi hanno ceduto con la sospensione del trattamento piridinico, iniezioni di estratto di lobo posteriore dell'ipofisi (*refisal*), clisteri di soluzione clorurata ipertonica.

Rileviamo incidentalmente che tale fenomeno era stato da noi notato per la prima volta in un lattante affetto da meningite meningococcica e broncopolmonite, sottoposto ad intenso e prolungato trattamento s. piridinico. In questo caso le manifestazioni ileoparalitiche avevano assunto un'imponenza impressionante, tanto da far pensare in un primo tempo ad un'occlusione intestinale acuta. Per quanto possa sorgere il dubbio che a tali manifestazioni non sia del tutto estranea la gravità dell'infezione, siamo propensi ad attribuirle soprattutto all'azione tossica della piridina (somministrata ad alte dosi per os o per via parenterale) sul sistema nervoso enterico, in analogia alle ben più gravi lesioni sensitive e motorie talvolta osservate con la introduzione della s. piridina per via intrarachidea o nelle immediate vicinanze di un nervo. Questa nostra ipotesi ci sembra avvalorata dall'uniformità del quadro osservato in 3 casi ed inoltre dalla costante regressione della sintomatologia addominale dopo la sospensione della piridina e dopo terapia sintomatica.

Per quanto riguarda i risultati complessivi la nostra casistica è purtroppo lontana da quella confortante percentuale di quasi il 50% di guarigioni, riferita da alcuni (Dardani, Doneddu).

Su 25 casi abbiamo infatti ottenuto solo 3 guarigioni, cioè a dire il 12% di guariti, contro l'88% di esiti letali. Quand'anche, per essere più precisi nel giudizio obiettivo, si detraessero dalla casistica i sei bambini deceduti entro le prime 24 ore di trattamento e pertanto in un periodo di tempo insufficiente per ottenere un'azione efficace dal medicamento, ed anche un caso (18) ritirato dai familiari lo stesso giorno dell'ingresso, la percentuale di guarigioni non andrebbe oltre il 16%. Nè a giustificazione di questa elevata mortalità si potrebbe chiamare in causa la tardività del trattamento, poichè, tranne poche eccezioni, la terapia sulfamidica è stata per lo più iniziata nel II e nel III giorno di malattia, e nemmeno la insufficienza di dosi, come dimostrano i dati seguenti.

1940

CASO I. — C. Aldo, mesi 13. G. m. III. Strept. pirid. per os ed endovena: totale gr. 2 (0,13 p. k.) *Exitus* in IV g. m.

CASO IV. — F. Roberto, mesi 2. G. m. III. Strept. pirid. per os ed endorachide: totale gr. 3,5. *Exitus* in VI g. m.

CASO V. — N. Amerigo, mesi 2. G. m. II. Strept. pirid. per os: totale gr. 1. *Exitus* in III g. m.

CASO VI. — L. Bruno, mesi 5. G. m. II. Strept. pirid. per os e intramusc.: totale gr. 3.5 (p. k. gr. 0,25). *Exitus* in IV g. m.

CASO VII. — T. Anna, mesi 20. G. m. III. Strept. pirid. per os: totale gr. 2. *Exitus* in IV g. m.

1941

CASO IX. — V. Pietro, mesi 7. G. m. VIII. strept. pirid. per os endov. intramusc. e intrarachide: totale gr. 15 50 (p. k. 0,43). Tre emotrasfus. *Exitus* in XIII g. m. (pneumoc. tipo III).

CASO X. — T. Gilberto, mesi 16. G. m. II. Strept. pirid. per os, endov. intramusc.: totale gr. 16 (p. k. gr. 0,30-0,40). Siero antipneum. cc. 130 intrarach.; due emotrasfus. *Exitus* in VIII g. m. (pneumoc. tipo II).

CASO XI. — C. Elena, mesi 13. G. m. II. Strept. pirid. intramusc.: totale gr. 1,5 (p. k. 0,28). *Exitus* in III g. m.

CASO XII. — S. Alberto, anni 9. G. m. III. Strept. pirid. per os ed endov.: totale gr. 12,5. Siero antipneum. cc. 90 intrarachide. Una emotrasfusione. *Exitus* in VI g. m. (pneumoc. tipo I).

CASO XIII. — P. Italo, mesi 4. G. m. II. Strept. pirid. per os ed endov.: totale gr. 3. Streptosil al 2% e siero antipneumoc. 20 cc. intrarachide. *Exitus* in III g. m.

CASO XIV. — T. Guido, anni 3. G. m. II. Strept. pirid. e strept. tiazolo per os, endovena e intramusc.: totale gr. 13. Albucid intrarach. cc. 10. Una emotrasfus. *Exitus* in VI g. m. (pneumococ. tipo III).

CASO XV. — B. Giuseppe, anni 5. G. m. IV. Strept. pirid. e strept. tiazolo per os, endovena e intramusc.: totale gr. 6. Derganil intrarach. Una emotrasfus. *Exitus* in V g. m. (pneumoc. tipo I).

CASO XVI. — C. Maurizio, giorni 40. G. m. II. Derganil-pirid. e strept. tiazolo per os, endov. e intramusc.: totale gr. 20,5 (p. k. 0,60-0,37). Siero antipneum. 120 cc. intraventric.; due emotrasfus. *Exitus* in XVIII g. m. (pneumoc. tipo II).

CASO XVIII. — D. P. Vittorio, mesi 7. G. m. XII (?). Strept. pirid. 0,5 per os. Ricondotto al domicilio nello stesso giorno.

CASO XIX. — P. Lucia, anni 4. G. m. III. Strept. pirid. per os ed endov.: totale gr. 34 (p. k. 0,36-0,28). Streptosil endorach. Due emotrasfus. *Exitus* in XVII g. m. (pneumoc. tipo III).

1942

CASO XXI. — R. Luciano, anni 3. G. m. II. Strept. pirid. per os ed intramusc.: totale gr. 4,5. Streptosil intrarach. *Exitus* in III g. m.

CASO XXII. — P. M. Pia, giorni 40. G. m. VIII (?). Strept. pirid. per os ed intramusc.: totale gr. 7 (p. k. 0,6). Streptosil intrarach. *Exitus* in XI g. m.

CASO XXIII. — A. Antonio, giorni 28, G. m. III. Strept. pirid. per os ed intramusc.: totale gr. 6 (p. k. 0,3). Albucid intrarachide. *Exitus* in X g. m.

CASO XXIV. — M. Maria, mesi 10. G. m. II. Strept. pirid. gr. 1,5 per os. Ricondotta a domicilio in III g. m. (*exitus*).

CASO XXV. — P. Jolanda, giorni 40. G. m. II. Strept. pirid. per os ed intramusc.: totale gr. 6,75 (p. k. 0,46-0,35). Albucid endorach. *Exitus* in VII g. m.

Dei tre casi venuti a guarigione, due sono bambini della terza infanzia (anni 9 e anni 10), mentre il terzo riguarda un lattante di mesi 4. Prima di ogni altra considerazione ci sembra utile riferire, sia pure in modo molto riassuntivo, le storie cliniche dei casi guariti e di alcuni deceduti dopo un decorso insolitamente protratto, che aveva fatto sperare quasi fino all'ultimo di raggiungere la guarigione.

CASO II. — L. R. Leandro di anni 10. Nulla di particolare nell'anamnesi familiare e personale.

Otto giorni prima del ricovero il bambino presentò cefalea, vomito ripetuto, tosse e febbre elevata, che dopo 4 giorni cadde per crisi con contemporaneo miglioramento dello stato generale. Dopo 5 giorni di nuovo febbre, cefalea e tendenza al sopore.

Una puntura lombare praticata a domicilio al 2° giorno di malattia aveva dato: liquor torbido, a pressione aumentata. Albumina 1,50, glucosio 0,05, cloruri 6, Pandy e Nonne +++. Numerosissimi polinucleati disfatti, non germi. Tuttavia alla coltura: pneumococco +.

Sin dal 1° giorno di malattia furono somministrati gr. 1,50 per os di streptosil-piridina, poi per via intramuscolare gr. 3.

All'ingresso in Clinica (27 marzo 1940), il bambino presenta tipica sintomatologia meningitica; sensorio e psiche integri, senza particolari alterazioni degli altri organi ed apparati.

Il liquor da rachicentesi è leggermente torbido, a pressione aumentata. Albumina 0,70. Pandy +++, cloruri 6, glucosio 0,43; numerosissimi polinucleati alterati; non germi. Coltura: abbondante sviluppo di pneumococco tipo I.

Terapia e decorso. — Streptosilpiridina: gr. 3 pro die per os nei primi 4 giorni; gr. 2,5 per altri 2 giorni; gr. 2 per 1 giorno; gr. 2,5 per altri tre giorni, oltre a gr. 0,50 per via intrarachidea (10 cc. al 5 % nel 1° e 3° giorno di degenza). In totale il paziente ha assunto gr. 24 del medicamento (di cui 23,5 per os e 0,5 endorachide).

La sintomatologia meningitica rapidamente si attenua e contemporaneamente si assiste a un netto miglioramento delle condizioni generali e del peso corporeo (aumento di gr. 1700 in 11 giorni). Le alterazioni del liquor sono invece più lente a regredire, sebbene l'*esame colturale si riveli dopo la prima puntura lombare negativo*, con rapida normalizzazione della glicorachia.

Il paziente è stato dimesso dopo 19 giorni e da notizie successive è risultata la sua completa guarigione senza postumi.

CASO VIII. — F. Italia di anni 9. La malattia, preceduta da una rinite senza febbre durata a lungo, è iniziata da 6 giorni con cefalea intensa, intermittente. Al 3° giorno febbre, vomito, esacerbazione della cefalea, ed accentuazione di tali sintomi nei giorni successivi.

Esame obiettivo (14 gennaio 1941). — Febbre elevata, accentuati sintomi meningei, delirio intermittente. Al torace segni di polmonite sinistra in risoluzione. Nulla di particolare a carico degli altri organi e sistemi.

Il liquor fortemente torbido, fuoriesce a notevole pressione (albumina 2,5, Pandy +++; cloruri 5,85; glucosio 0,15; numerosi polinucleati, vari diplococchi Gram-positivi. Coltura positiva per pneumococco tipo II).

Terapia e decorso clinico nei primi 10 *giorni di degenza.* — *a*) Rachicentesi abbondanti; *b*) gr. 18,25 di streptosil-piridina in 6 giorni (di cui gr. 3 per os il primo giorno di degenza); gr. 4, di cui 1 endovena, il 2° giorno; gr. 4,25; di cui 1 endovena e 0,25 intramuscolare il 3°; gr. 4, di cui 1 endovena, il 4°; gr. 2 per os il 5° e gr. 2 il 6°; *c*) trasfusione di 200 cc. di sangue conservato (gruppo 0) il 2° giorno di degenza.

La temperatura diminuisce rapidamente e raggiunge la norma nel pomeriggio del 2° giorno. Apiressia anche nei giorni successivi. Rapido miglioramento delle condizioni generali e dei sintomi meningei. Persiste solo lieve cefalea, non continua. Il reperto del liquor va rapidamente migliorando in tutti i suoi componenti. All'8° giorno: liquor limpido a pressione aumentata. (Albumina 0,30, Pandy +, cloruri 7, glucosio 0,53; parecchi linfociti. Non germi all'esame dello striscio.

La terapia sulfopiridinica era stata sospesa al 6° giorno.

Decorso e terapia dal 1° *al* 16° *giorno.* — La sera dell'8° giorno, e cioè dopo circa 60 ore dalla sospensione del medicamento, ricompare febbre, che la mattina seguente raggiunge i 40°. Violenta cefalea, vomito con stato di sofferenza e depressione, ma con sensorio vigile. Netti sintomi meningei. (Leucocitosi 15.000). Liquor leggermente ematico. (Albumina 1, Pandy ++; cloruri 6,5; vari polinucleati, scarsi linfociti; non germi. Coltura positiva per pneumococco tipo II).

Ripresa del trattamento piridinico: il 10° giorno gr. 2,5 (di cui gr. 1,5 per endovena) e quindi gr. 2,5 per os per altri 5 giorni (totale gr. 16,5).

Caduta della febbre il giorno seguente e regressione di tutta la sintomatologia meningea.

Al 12° giorno il liquor è leggermente torbido, a pressione aumentata (albumina 0,25; Pandy +: numerosi leucociti; non germi. Coltura: sterile).

Decorso e terapia dal 17° giorno al 21° giorno. — Allo scadere del 14° giorno (nonostante perdurasse invariata la terapia sulfamidica) ripresa della febbre ed esacerbazione dei sintomi meningei (2 giorni prima si era notata nel liquor una lieve risalita dell'albumina: 0,50 per mille).

Emocoltura sterile; leucociti 7200, con prevalenza dei neutrofili

Il 15° giorno streptosil-piridina gr. 4 (di cui 2 per os, 1 intramusc. e 1 endov.) oltre gr. 1 intramuscolare di streptosiltiazolo. 20 cc. di siero anti-

pneumococcico endorachide. Identico trattamento al 16°, 17°, 18° giorno; inoltre, il 15° e il 17° giorno, 2 emotrasfusioni, rispettivamente di 180 cc. di sangue conservato e di 180 cc. di sangue paterno.

Al 21° giorno la febbre è scomparsa insieme alla sintomatologia meningea. Liquor limpido (albumina 0,20, numerosi linfociti, qualche raro polinucleato, non germi).

Leucociti 5900, con prevalenza dei neutrofili.

Decorso e terapia dal 21° giorno in poi. — Sulfopiridina gr 2 pro die dal 22° al 25° giorno e nello stesso tempo una fiala endovena al giorno di *leucocitasi*.

Il liquor al 25° giorno è limpido con albumina 0,70, numerose emazie e parecchi linfociti. All'esame del sangue: leucociti 6000 con neutrofilia e spostamento a sinistra dell'Arneth.

Definitiva sospensione del trattamento sulfamidico.

Nel successivo periodo di degenza di altri 15 giorni, la bambina ha presentato 2 periodi febbrili, in rapporto il primo ad una tonsillite lacunare, il secondo a malattia da siero. I sintomi meningei non sono più ricomparsi. Il reperto del liquor ha dimostrato una progressiva riduzione del tasso di albumina e all'epoca della dimissione risultava normale.

In totale sono stati in questo caso somministrati gr. 59,25 (in prevalenza per os) di sulfamido-piridina in 22 giorni con dose variabile da gr. 0,20 a 0,15 pro chilo.

La malata è stata riveduta dopo alcuni mesi (in occasione di un attacco malarico felicemente superato) e si è potuta constatare la guarigione della meningite senza alcun postumo.

CASO XVII. — C. Pietro, mesi 4 1/2; allattamento materno. Nulla d'importante nell'anamnesi. Da 5 giorni febbre e brevi attacchi convulsivi generalizzati, a tipo tonico-clonico. Al 3° giorno la madre ha notato strabismo dell'occhio destro.

Esame obiettivo (20 nevembre 1941). — Aspetto sofferente, nutrizione buona (peso gr. 6120). Fontanella ant. 2 × 2, pianeggiante pulsante. Craniotabe occipitale. Fauci intensamente arrossate. Sguardo fisso, strabismo per paresi dell'abducente D. Rigidità nucale poco evidente. Non Brudzinski nè König; riflessi un po' vivaci, pupille reagenti. Iperestesia cutanea modica. Segni di Chwosteck e di Erb negativi.

Liquor ematico a pressione aumentata. Albumina 0,80, glucosio 0,22. Numerosissime emazie. Coltura positiva per pneumococco tipo III.

Negativo l'esame degli altri organi e apparati. Intradermoreazione tbc. negativa. Calcemia mgr. 10,38 %, fosfatemia 2,77 %.

Terapia e decorso. — Punture lombari quotidiane (ventricolari al 2° e al 6° giorno di malattia).

Streptosil-piridina gr. 2,5 (di cui 1,5 per os e 1 intramuscolare) per 8 giorni consecutivi (cgr. 40 pro chilo); gr. 1,5 per os per altri 4 giorni consecutivi (cgr. 25 pro chilo). Totale gr. 26, di cui 18 per os e 8 intramuscolari. Due emotrasfusioni (di 60 cc. al 2° giorno e di 90 cc. al 7° giorno).

Nei primi 10 giorni di degenza febbre irregolare con massimi fino a 38°; in seguito apiressia. Le condizioni sono rimaste gravi nei primi 6 giorni con frequenti manifestazioni convulsive, sguardo fisso, strabismo, modica rigidità nucale, lieve *deficit* del facciale.

Dal 6° giorno progressiva regressione delle alterazioni nervose fino al giorno della dimissione (18°), avvenuta per completa guarigione.

Il liquor, esaminato dieci volte durante i 18 giorni di degenza, aveva mostrato le seguenti variazioni: aspetto pulverulento fino al 7° giorno, poi limpido; albumina da 0,80 (all'ingresso) rapidamente discesa a 0,15 al 3° giorno, con oscillazioni tra 0,18 e 0,40 nei giorni successivi; glucosio da 0,22 (all'ingresso) rapidamente risalito a 0,52 al 3° giorno, con successive oscillazioni tra 0,45 e 0,47; polinucleosi notevole all'ingresso, diminuita rapidamente entro i primi 6 giorni; in seguito lieve linfocitosi.

Il pneumococco (tipo III) è stato isolato al primo esame e al terzo; negativa la coltura al 2° e a tutti gli esami successivi al terzo.

CASO III. — G. Giuliana, di mesi 14. Nulla di particolare nell'anamnesi. Allattamento artificiale. Quattro giorni fa la bambina è caduta riportando ecchimosi alla regione sopraciliare D. Dopo 24 ore è insorta febbre e vomito alimentare.

Viene ricoverata in Clinica con diagnosi di meningite purlenta.

Esame obiettivo (1° aprile 1940). — Aspetto sofferente, condizioni generali gravi. Note di rachitismo. Fontanella tesa, pulsante. Netta sintomatologia meningea.

Negativo l'esame degli altri organi e apparati.

Liquor opalescente, a pressione aumentata. Albumina 1, globuline +++, cloruri 6, glucosio 0,48. Numerosissimi polinucleati e diplococchi Gram-positivi. Coltura: pneumococco +.

Terapia e decorso. — Punture lombari o sottocipitali quotidiane. Streptosil-piridina per os e intramuscolare (gr. 1,50 pro die = gr. 0,17 pro chilo) e nei primi 2 giorni anche endorachide (5 cc. al 5 %). 4 Emotrasfusioni. Autovaccino (a partire dall'8ª giornata di malattia).

Durante i primi giorni di degenza le condizioni ono gravi. Dalle punture lombari si deduce l'inizio di un parziale blocco, per cui si praticano ripetuti lavaggi del rachide con soluzione fisiologica ed introduzione di piccole quantità di aria filtrata.

Nella seconda settimana di degenza netto miglioramento del quadro meningeo, pur persistendo lieve rigidità nucale e febbre intermittente. Parallelo miglioramento del reperto liquorale nonostante la coltura sempre + per il pneumococco.

Al 13° giorno di degenza il liquido è leggermente opalescente; a pressione aumentata. Albumina 0,18, globul. +, cloruri 6,60, glucosio 0,47. Pochi polinucleati e linfociti; non germi. Coltura: sterile.

Dall'11° giorno era stata ridotta la dose di sulfopiridina (gr. 1 di tioseptale al giorno = 0,11 pro chilo).

Ma dopo alcuni giorni le condizioni peggiorano; febbre elevata ed esacerbazione di tutti i sintomi meningei. Anche il reperto del liquor è peggiorato e la coltura è di nuovo positiva.

Si aumenta la dose (tioseptale gr. 2 pro die = gr. 0,20 pro chilo). Dopo due giorni miglioramento, confermato dal reperto del liquor che è quasi

normale (albumina 0,10, Pandy negativa, cloruri 6,80; glucosio 0,53. Discreto numero di linfociti. Coltura sterile).

L'esame delle urine rivela una sopravvenuta cistite purulenta.

Al 18° giorno si associa alla sulfopiridina il siero antipneumococcico Felton (tipo I e tipo II) intramuscolare, terapia che viene proseguita nei due giorni successivi (totale siero cc. 60 = tipo I U. 360.000, tipo II U. 180.000).

Il liquor conserva all'incirca gli stessi caratteri dell'ultimo prelievo (albumina 0,18; Pandy + —, cloruri 6 90, glucosio 0,50. Alcuni polinucleati e linfociti. Non germi).

Si sospende la terapia sulfopiridinica. La bambina ha ricevuto in totale gr. 29,50 di sulfopiridina, di cui 24 per os e 5,50 per via parenterale.

Ma due giorni dopo le condizioni si aggravano notevolmente e si accentuano i sintomi meningei con segni di collasso cardio-vascolare e febbre elevata. Liquor torbido: albumina 8,80; glob. +++; cloruri 6. Numerosissimi polinucleati e pneumococchi.

La bambina viene ricondotta nello stesso giorno al domicilio, dove pochi giorni dopo si verifica l'*exitus*.

CASO XX. — P. Paolo di anni 2. Nulla di particolare nel gentilizio e nell'anamnesi remota.

Diciotto giorni prima del ricovero il bambino è caduto, provocandosi una ferita al capo, che successivamente è suppurata. Da 3 giorni febbre, vomito e sintomi meningei.

Esame obiettivo all'ingresso (7 agosto 1941) — Netto quadro meningitico senza *deficit* motori. Sensorio obnubilato.

Liquor torbido, a pressione aumentata; albumina 0,80. Numerosi leucociti, rari diplococchi Gram-positivi. Coltura: pneumococco tipo II.

Terapia e decorso. — 1) Rachicentesi quotidiane; 2) Streptosil piridina e streptosil-tiazolo per os, per via endovenosa ed endomuscolare alla dose complessiva di gr. 4,5 pro die (0,40 pro chilo) nei primi 6 giorni; poi progressivamente decrescenti a 2 gr. (streptosil-tiazolo per os). Dal 20° giorno, oltre a gr. 2 di streptosil-tiazolo per os, gr. 1,5 di albucid endovena per 4 giorni. Totale gr. 73,6 di sulfamidici (di cui gr. 47,5 di streptosil-tiazolo, gr. 17,75 di streptosil-piridina, gr. 7 di albucid); 3) Introduzione intrarachidea di siero antipneumococcico 20 cc. al 2° giorno e di streptosil al 2% per 7 giorni (totale gr. 1,35 streptosil intrarachideo); 4) 6 trasfusioni di sangue (totale cc. 625); 5) Autovaccino pneumococcico a giorni alterni a partire dal 5° giorno.

Il bambino è stato degente in Clinica 33 giorni. Pur persistendo febbre irregolarmente intermittente, le condizioni generali sono nettamente migliorate nella seconda settimana di degenza. Al 12° giorno la sintomatologia meningea è quasi regredita. Il liquor sembra limpido (albumina 0,20; cloruri 6,50; discreto numero di leucociti distinti in linfociti. Esame batterioscopico negativo). Tale miglioramento della sintomatologia clinica e liquorale persiste fino al 17° giorno di degenza, quando la febbre si eleva toccando i 39°, pur non riscontrandosi alcun evidente aggravamento del quadro meningitico.

Emocoltura sterile. — Una coltura di sangue midollare in brodo glucosato dà sviluppo a pneumococco tipo II.

Al 22° giorno il liquor è leggermente opalescente (albumina 0,23; Pandy +; numerosi polinucleati e linfociti. Coltura sterile).

Al 25° giorno si sostituisce lo streptosil-tiazolo con gr. 2 di albucid per os pro die.

Una 3ª coltura di midollo osseo in brodo glucosato è sterile.

Quattro giorni dopo peggioramento dello stato generale e dei sintomi meningei, stato di agitazione, vomito. Il reperto del liquor è anch'esso peggiorato e la coltura è di nuovo + per il pneumococco. Nei giorni seguenti il liquor si mantiene torbido (albumina 1-2 ‰; abbondante reperto di pneumococchi in catene medie e lunghe).

Al 33° giorno il bambino viene ricondotto al domicilio in condizioni gravissime e pochi giorni dopo si ha l'*exitus*.

(*Continua*).

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE DEL LITTORIO IN ROMA
PADIGLIONE BASSI
Primario medico: prof. L. PATERNI.

Sulla poliartrite cronica adeno-splenomegalica dell'infanzia (malattia di Still).

Guarigione con esiti di eccezionali alterazioni osteo-articolari.

Dott. PIETRO MARONCELLI, aiuto medico.

(*Continuazione e fine; v. n. precedente*).

Riassumendo trattasi di un quadro clinico perfettamente simile a quelli descritti per la prima volta da Still, insorto in età precoce (16 mesi) e senza nessun fatto notevole negli antecedenti del soggetto, nè alcuna ereditarietà artropatica. L'inizio dell'affezione è stato acuto, con febbre elevata, con sudorazione, con dolorabilità delle scapolo-omerali e coxofemorali e del tratto cervicale della colonna vertebrale; con dolorabilità e tumefazione quasi contemporanea di tutte le articolazioni degli arti, tranne quelle delle dita delle mani e dei piedi; in un secondo tempo fu compromessa anche l'articolazione sterno claveare di sin. Le tumefazioni articolari, anche in questo caso, furono dovute non già al versamento endoarticolare che è stato sempre assente, ma all'infiltrazione ed all'ispessimento della capsula e dei tessuti periarticolari.

La malattia ha avuto un decorso di quasi tre anni (febbraio 1936, ottobre-novembre 1938) con un primo periodo protrattosi per due anni di alternative d'esacerbazioni di circa un mese e di relative remissioni non superiori a due settimane; quindi un secondo periodo in cui si ebbe l'arresto delle alternative su descritte in coincidenza della terapia sulfamidica con la persistenza della rigidità articolare

che iniziata assai precocemente (14° mese di malattia) si è mantenuta per altri 10 mesi dopo la definitiva remissione.

I sanitari che ci hanno preceduto nell'osservazione del caso ci hanno riferito che le adenopatie sono comparse assai precocemente, mentre il tumore di milza pare sia stato notato più tardi; quando la paz. capitò sotto la nostra osservazione esso era già abbastanza cospicuo.

Il primo esame radiologico dello scheletro eseguito durante i primi tempi della guarigione e all'inizio del graduale ritorno della motilità articolare mostrava quanto è stato descritto nella sindrome di Still e cioè osteoporosi specie epifisaria con lesioni prevalentemente periarticolari; il secondo esame a distanza di tre anni dal primo mostra l'insolito reperto di anchilosi ossea di alcune articolazioni simmetriche del carpo oltre alla persistente demineralizzazione dello scheletro, specie epifisaria.

***

L'osservazione dà luogo a molte considerazioni e noi prenderemo in esame ciascun segno per poi passare allo studio delle varie affezioni che non vanno trascurate nella diagnostica differenziale. Studieremo sopratutto la principale triade sintomatica costituita dalle adenopatie, dalle artropatie e dalla splenomegalia.

Accade assai di rado di vedere unite le affezioni articolari con l'adenosplenopatia e i precisi rapporti che intercedono fra l'apparato locomotore e il sistema linfatico sono ancora poco noti. Per quanto riguarda questa speciale adenopatia regionale, satellite della corrispondente artropatia, essi rapporti potrebbero, secondo gli AA., essere di semplice contiguità e più precisamente ciò potrebbe, nelle affezioni simili a quelle da noi descritte, essere spiegato dal fatto che le adenopatie sono sempre consecutive alla malattia articolare ed inoltre sono regionali e si modificano spesso in dipendenza diretta delle condizioni dell'articolazione vicina; precisamente tendono a diminuire oppure a tumefarsi seguendo i periodi di remissione e di esacerbazione della vicina articolazione.

Il tumore di milza insorto ancor più tardivamente della linfomatosi multipla, è andato progressivamente aumentando fino a raggiungere un volume raramente descritto nelle artropatie adenosplenopatiche: si dice che in generale esso deborda di 4-5 cent. dall'arco costale; in qualche caso di sindrome di Still era abbastanza considerevole (Loeper, Lamaire, e Patel gr. 610; Strauss gr. 610; Micheli e Gamna, 2° caso, gr. 900). Non possiamo dire di aver osservato nette modificazioni del volume della milza in rapporto alle poussées febbrili; dopo aver raggiunto il volume descritto nell'esame obiettivo, la milza ha regredito progressivamente dall'arresto della malattia, avvenuto ormai cinque anni or sono, e oggi persiste appena un lieve debordamento del polo inferiore facilmente apprezzabile nelle profonde inspirazioni.

L'ultimo segno della triade sintomatica principale, che ha maggiormente dato importanza al nostro caso, è quello delle artropatie: infatti l'esame radiologico a lunga distanza dalla guarigione ci ha rivelato la presenza di un eccezionale reperto per il quale siamo stati costretti ad una minuziosa consultazione della vasta letteratura per vedere se, in forme di artriti adenosplenomegaliche e più precisamente di sindromi stilliane, avesse riscontro tale insolita alterazione che, per quanto si sa dalla letteratura, potrebbe infirmare la nostra interpretazione diagnostica; il primo esame radiologico, eseguito dopo 10 mesi dall'arresto definitivo della sindrome clinica con caratteri, possiamo dire senz'altro, nettamente a tipo settico, mostrava lesioni prevalentemente capsulari e periarticolari con demineralizzazione specie epifisaria, quindi un reperto del tutto simile a quello appartenente al gruppo delle poliartriti croniche primarie e in particolare alle sindromi stilliane. Il secondo esame radiologico eseguito quasi a cinque anni di distanza dalla guarigione, quando ormai la piccola paziente non presentava più alcun segno clinico della pregressa e ormai lontana malattia, ci ha mostrato l'anchilosi ossea delle due articolazioni carpo-metacarpiche bilateralmente.

L'anchilosi ossea è comune nei cosidetti pseudoreumatismi infettivi, acuti, subacuti e anche cronici, ma tutto il decorso ci fece escludere tali affezioni: la sierodiagnosi per il tifo e paratifi e per la melitense fu negativa, la cutireazione alla tubercolina e altre note tubercolari negative, la R. W. negativa; le tonsille criptiche, atrofiche dal secreto delle quali si potè isolare uno streptococco anemolitico, potevano richiamare alla nostra mente le cosidette artriti focali, ma ormai la dottrina focale ha perduto gran parte del suo primitivo valore. A suo tempo pensammo anche di tonsillectomizzare la paziente, ma i genitori si rifiutarono ed allora ci siamo limitati alla semplice autovaccinoterapia, che è stata senza al-

cuna efficacia. Ma oltre ciò le cosidette artriti focali non hanno certamente un simile decorso, nè si accompagnano all'adenosplenomegalia e a tutto il resto del corteo sintomatico presentato dalla nostra malata.

Esclusi perciò i cosidetti pseudoreumatismi infettivi e così pure la poliartrite reumatica che non presenta mai tali gravi alterazioni articolari, escluse le sepsi da germi noti, noi dobbiamo riportare il reperto radiologico al gruppo delle poliartriti croniche primarie, a carattere infettivo da germe sconosciuto e di conseguenza ai rari quadri che si accompagnano ad adenopatie e splenomegalia; e non basta perchè l'età del soggetto, anche se oggi ha perduto il suo primitivo valore, gli esantemi morbilliformi, il lieve esoftalmo con evidente Graëfe tuttora presente, lo stato grave di cachessia al quale giunse la bambina negli ultimi stadi con pallore ed emaciazione estrema, ci inducono, credo senza tema di errare, ad attribuire alla sindrome di Still una siffatta alterazione osteo-articolare, sia pure eccezionale. Abbiamo anche indagato se nelle piccole articolazioni carpo-metacarpiche vi fossero condizioni anatomiche locali che favorissero un tale processo; abbiamo pure esaminato lo scheletro delle mani dei genitori e dei fratelli, ma nulla si è potuto rilevare. Se il primo esame radiologico mostrava le fessure articolari carpo-metacarpiche assai evidenti ed anche abbastanza nette, l'ultimo esame ci dimostra che deve essere avvenuta la distruzione della cartilagine d'incrostazione con successiva lenta fusione dei capi articolari. L'anchilosi ossea si verifica più spesso nei casi in cui la pregressa malattia ha avuto origine nell'età giovane. A questo proposito possiamo affermare che i casi di sindrome stilliana in senso stretto, cioè dell'età infantile, guariti e seguiti a così lunga distanza, sono assai rari (Piske). Dalla scrupolosa ricerca di un analogo reperto radiologico ci risulta che nessun A. ha mai parlato di anchilosi ossea e il Ceconi nel suo trattato la considera come una eventualità eccezionale. Per coloro che, come abbiamo detto in principio, considerano caratteristica della malattia di Still la perfetta integrità osteo-cartilaginea, dirò quanto esaurientemente è stato scritto in proposito nel lavoro di Micheli e Gamna. Tali AA. ritengono che il tipo anatomo-radiologico delle lesioni articolari non può essere costante, e presenta aspetti assai diversi di fronte allo stesso fattore eziologico; le alterazioni anatomo-radiologiche sarebbero in rapporto alla virulenza del germe, alla varia età, alla varia diffusione del processo e varia resistenza immunitaria dei diversi tessuti che compongono le articolazioni. « Le lesioni (Micheli e Gamna) ulcerose della cartilagine e i conseguenti fenomeni di proliferazione ossea, essendo qui manifestamente secondarie in ordine di tempo, sia che derivino dalle cavità articolari sia che procedano dagli spazi midollari, subcondrali, noi potremo definire la figura anatomica e clinica della poliartrite dello Still come una poliartrite infettiva primitivamente cronica con manifestazioni per solito dominanti a carico della capsula e dei tessuti periarticolari e fenomeni di lesioni cartilaginee ed ossee abitualmente tardivi e limitati a qualcuna soltanto delle articolazioni colpite ».

Abbiamo già detto in principio che anche lo stesso Still (1° caso) trovò usure della cartilagine d'incrostazione; così pure processi distruttivi osteo-cartilaginei sono stati riscontrati da Thirolloix (con documentazione radiologica), da Mücke, da Micheli e Gamna e da Strauss; il caso di Strauss mostrava in alcune articolazioni la netta prevalenza dei sudescritti processi sulle alterazioni capsulari e la malattia era iniziata da 12 anni.

Non ci è stato possibile consultare il lavoro di Van Dorp-Beucker Andreae dal titolo « multiple joint lesion with symptoms of Stilli's disease and with unsual radiologic aspect in boy 6 years old ». (Mandschr. v. Kindergeneesk. Sept. 37).

Non abbiamo del pari potuto esaminare i casi di Ekstein definiti, come già detto, dal Ceconi quali alterazioni articolari a carattere nettamente degenerativo.

Sono questi gli AA. che hanno illustrato le insolite alterazioni articolari.

Nel nostro caso altro quesito da porre è il seguente: se dopo il primo esame radiologico eseguito a distanza di 10 e più mesi dall'arresto clinico della malattia, non si notavano lesioni osteocartilaginee radiologicamente apprezzabili, perchè dopo tanto tempo da tale esame, quando già si era ottenuta la perfetta guarigione clinica, quando la ripresa della motilità di tutte le articolazioni era già avvenuta anche essa da molto, si è notata l'anchilosi ossea delle due piccole articolazioni carpo-metacarpiche? Dobbiamo ammettere che ci siano state limitate usure della cartilagine non apprezzabili radiologicamente con tardivi processi di ossificazione? Oppure si deve ritenere che la guarigione clinica perfetta non sia stata accompagnata da quella anatomica, essendo seguito al primo periodo caratterizzato dal già

*

descritto. decorso acuto, un altro periodo con manifestazioni subdole e miti? Logicamente sembrerebbe più probabile la prima ipotesi perchè le tumefazioni dei polsi sono completamente regredite, senza lasciare il minimo dolore; la motilità carpo-metacarpica naturalmente non si può esaminare. Inoltre le adenopatie sono scomparse da vari anni e anche il tumore di milza è tornato nei limiti pressochè normali; nelle forme miti, subdole come in quelle più acute, l'adenosplenomegalia, l'anemia, la cachessia progressiva ecc. dovrebbero essere più o meno presenti, mentre nulla di tutto ciò ha più presentato la nostra paziente.

Il lieve esoftalmo tuttora persistente con evidente segno di Graëfe e senza altri segni oculari di Basedowismo è stato riscontrato da molti AA,; qualcuno (Weissembach e Françon) ha osservato un vero Basedow, con esoftalmo, tachicardia ed aumento del metabolismo basale. È noto quanto è stato scritto sui rapporti che intercedono fra il fattore endocrino e le poliartriti; si è parlato anche di rapporti diretti (artropatia ovaropriva, artriti basedowiane, tireoprive ecc.); ma in verità assai poco si conosce sull'influenza che le ghiandole endocrine possono esercitare sulle articolazioni. Ad ogni modo oggi si ammette dalla maggioranza che la causa diretta di una determinata artropatia non è già l'alterazione o la disfunzione di questa o quell'unica ghiandola; nelle artropatie esisterebbe un concomitante disturbo dell'intero sistema neuroendocrino. La patogenesi dell'esoftalmo perciò è oscura e per ora esso viene considerato semplicemente come segno abbastanza frequente della malattia di Still.

Degli altri segni quali il decorso febbrile, gli esantemi morbilliformi, lo stato di cachessia, il pallore abbiamo già detto esaurientemente nel corso dell'illustrazione del caso.

In questa età rari sono i processi poliartritici cronici che possono essere presi in considerazione e un tale complesso sintomatico insorto nell'infanzia costituito dalla ben nota triade può essere facilmente identificabile anche in via diretta. Ad ogni modo abbiamo già escluso i cosidetti pseudo-reumatismi infettivi da germe noto a carattere cronico compreso quello luetico; così pure le artriti focali, le quali anch'esse non si accompagnano a un simile quadro di polilinfomatosi e splenomegalia, ed anche perchè l'eventuale focus tonsillare esistente nel nostro caso conferma quanto oggi è ammesso dalla maggioranza e cioè che il focus ha un valore piuttosto relativo per quanto riguarda il suo tropismo articolare; difatti nella nostra paziente, pur non essendo stata praticata la tonsillectomia, si è constatato ugualmente l'arresto definitivo della malattia.

Alcuni AA. (Fr. v. Müller, Wieland, Longo, Veil) attribuiscono alla sindrome di Still la stessa natura del reumatismo articolare acuto; essi dicono che al primo attacco acuto conseguirebbe un quadro simile al reumatismo cronico che qualche volta potrebbe accompagnarsi anche a lieve adenopatia e a lieve tumore di milza; ma la poliartrite cronica secondaria è molto rara, specie in questa età; inoltre il decorso del nostro caso è del tutto diverso; si è notata l'assoluta inefficacia dei salicilici, la splenomegalia cospicua e la polilinfomatosi variabile in rapporto alle esacerbazioni e remissioni: non vi sono state complicazioni cardiache. Nel reumatismo articolare si notano pure anchilosi fibrose e ossee, ma più spesso a carico delle grandi articolazioni e occasionalmente simmetriche, mentre nel nostro caso gli esiti tardivi di anchilosi ossea sono esclusivamente a carico delle piccole articolazioni carpo-metacarpiche e del tutto simmetrici.

Dell'esistenza del pseudo-reumatismo tubercolare del Grocco-Poncet oggi poco più si parla; secondo l'opinione degli AA. questa « tubercolosi infiammatoria » dei francesi sarebbe interpretata come una ipersensibilità articolare in soggetti con lesione specifica attiva, ma tale lesione nella nostra paziente non è mai stata riscontrata nè clinicamente nè radiologicamente ed anche la cutireazione alla tubercolina è stata negativa. Sono molti i sostenitori (Cozzolino, Pollitzer, Mullhofer, Cattaneo, ecc.) dell'etiologia tbc. In numerosi casi di morbo di Still l'accurata indagine anatomica non ha rivelato la presenza di focolai tbc.; nei casi in cui sono state riscontrate lesioni specifiche anche nette, come in quello di Cattaneo con adenopatie di alto grado e note di processi polmonari, non si può attribuire senz'altro l'etiologia all'infezione tubercolare; anche quando si notano tali gravi lesioni si può pensare che lo stato di cachessia proprio della malattia di Still abbia favorito la riaccensione di vecchi focolai. Quindi in questa malattia, come in tante altre debilitanti, il riscontro dei processi tubercolari va considerato come reperto soltanto accidentale o concomitante. Anche Micheli e Gamna sostengono che la presenza di tali lesioni non è sufficente per attribuire al ben definito quadro di Still l'etiologia Kocchiana; negano perciò qualunque rapporto fra le due affezioni.

La poliartrite cronica primaria infettiva e specialmente quella che si accompagna ad adenosplenomegalia è quella che più si avvicina al nostro caso; ma dei rapporti esistenti fra essa e il morbo di Still abbiamo già detto in principio ed ora concludiamo, d'accordo con la maggioranza, che specialmente nei bambini il quadro descritto dallo Still debba conservare la propria individualità. « Sebbene etiologicamente non decifrata (Micheli e Gamna) a maggior ragione anzi per questo, la m. di Still non può essere inquadrata in altre forme di poliartrite cronica infettiva ad etiologia parimenti oscura, essendo sufficente a conservarle, all'infuori dei suoi fattori causali, una posizione autonoma ben distinta il complesso dei suoi attributi clinici e anatomo- patologici ».

La prognosi è in generale sfavorevole, specie nell'età infantile, per il grave stato di cachessia, più spesso per malattie intercorrenti.

La terapia, per l'etiologia ancora non conosciuta, è, come si comprende, alquanto incerta e in generale pressochè simile a quella della poliartrite cronica primaria: si afferma che lo jodio dia i migliori risultati; è stata praticata la formina jodata per via endovenosa a forti dosi; Micheli e Gamna consigliano gli arseno-benzoli; AA. francesi avrebbero ottenuto miglioramenti con salicilato di sodio glucosato per via endovenosa; Micheli, in base all'osservazione dello Still sulla favorevole influenza di alcune infezioni intercorrenti sul decorso della malattia, consiglia pure la malarioterapia; anche i sali d'oro (Galdi, Cassano) avrebbero mostrato notevoli miglioramenti; Maldague ha descritto tre casi (22 mesi, 6 anni, 8 anni) guariti con « lacto-serum » per via intramuscolare; i risultati sarebbero stati così sorprendenti da dover modificare, secondo l'A., anche la prognosi; in un solo caso, per quanto ci risulta, è stata praticata anche la splenectomia; infine Blechmann e Carcagues, in seguito al trattamento sulfamidico, notarono una sindrome agranulocitica mortale.

CONCLUSIONI.

La nostra osservazione, pur mancando il reperto anatomo-patologico, è del tutto simile per i dati clinici ed anche per quelli radiologici alla malattia di Still.

Il decorso a tipo di sepsi cronica, sia pure da germe ignoto, con tutte le caratteristiche di un quadro morboso ben definito, riscontrato anche nel nostro caso, conferma l'opinione della maggioranza degli AA., per i quali si tratta di una malattia vera e propria considerata come entità morbosa a sè, e non già come sindrome o varietà della comune poliartrite cronica primaria, anche adenosplenomegalica, in rapporto unicamente a particolari reazioni legate all'età del soggetto, pur avendo molti punti in contatto con la p.p.c.

L'interesse del nostro modesto contributo è dato dalle seguenti constatazioni:

1) l'arresto definitivo del quadro morboso dopo un grave decorso di 3 anni; tale eventualità è assai rara in soggetti in cui la malattia è insorta così precocemente (16 mesi);

2) l'inefficacia assoluta delle varie cure medicamentose fino ad oggi consigliate in casi del genere (salicilici, sali d'oro, arsenobenzoli, ripetute e piccole trasfusioni di sangue materno, vaccinoterapia, estratti splenici, epatici, ecc.);

3) la coincidenza veramente sorprendente dell'arresto con la cura sulfamidica intensa (prontosil Bayer fiale) dopo che era stata da tempo e invano praticata tutta la suaccennata terapia e quando la prognosi era ormai infausta per il grave stato di cachessia;

4) la possibilità di aver potuto seguire per lungo tempo il perfetto stato di guarigione clinica, con il recupero completo della motilità articolare, con la scomparsa delle poliadenopatie e del cospicuo tumore di milza, senza più il minimo dolore nè febbre;

5) il normale accrescimento della bambina, senza alcuna nota di ipoevolutismo somatico notato con frequenza dagli AA. specialmente francesi;

6) l'eccezionale esito di guarigione, con anchilosi ossea simmetrica delle piccole articolazioni del trapezio e del grande osso rispettivamente col II e col III metacarpale; l'anchilosi ossea, per quanto risulta dalla letteratura ampiamente consultata, non è stata fino ad oggi riscontrata in alcun caso.

RIASSUNTO.

L'autore, dopo aver succintamente prospettato l'odierna concezione e inquadramento delle poliartriti primarie croniche con particolare riguardo a quelle adenosplenomegaliche, illustra un caso di poliartrite cronica infantile che in base ai dati clinici e radiologici è simile al morbo di Still; la malattia insorta in età precoce (16 mesi) con inizio brusco e tumultuario, dopo un decorso di 3 anni caratterizzato da gravi e lunghi periodi di esacerbazione alternati a relative e brevi remissioni, è definitivamente scomparsa in coincidenza della terapia sulfamidica.

Dopo 5 anni di guarigione l'ultimo control-

lo radiologico ha rivelato l'eccezionale ed unico, finora descritto, esito di anchilosi ossea delle articolazioni del trapezoide e del grande osso con i rispettivi II e III metacarpali bilateralmente.

BIBLIOGRAFIA

AHELE A. *Aspetto clinico del morbo di Still nell'infanzia*. Monatschr. f. Kinderh., 1933.

ATKINSON F. R. B. *Still's disease*. Brit. J. Child. Dis. Apri. giugno 1939.

BENEDETTELLI E. *Sul morbo di Still-Chauffard. Contributo clinico ed anatomo-patologico*. Pediatria, febbr. 1934.

BLECHMANN G. e CARCAGUES P. *Maladie de Chauffard-Still chez une enfante; échecs thérapeutiques, syndrome agranulocitaire mortel à la suite d'un traitement sulfamidé*. Med. Inf. apr. 1940.

BINI G. *Malattia di Still? Studio anatomo-istologico in 3 casi*. Pediatria, genn 1935.

BRAVO Y FRIAS. *Enfermedad o sindrome de Still-Chauffard-Ramond?* Med. Ibera, sett 1935.

CARRAU A. e PRADERI J. A. *Enfermedad de Still*. An. Fac. de Med. de Montevideo, 1935.

CASSANO C. *Esperienze terapeutiche e rilievi istopatologici sul morbo di Still*. Minerva Med. luglio 1934.

CASTILLA C. R. *Sindrome de Still*. Riv. Med. Latino-am. gennaio 1935.

CATTANEO. *La poliartrite nell'infanzia*. Relaz. 14° Congr. Soc. It. ort. Med. Ital. 1924.

CECONI. *Trattato di medicina interna*.

CHAPTAL J. e SUQUET A. *Maladie de Still*. Bull. Soc. Pédiat. de Paris. giugno 1939.

CHEVALLIER P. *Morbo di Still-Chauffard e altre sindromi*. Rev. de Méd. Paris, febb. 1930.

CHIAROLANZA. *Morbo di Still*. Arch. ed Atti Soc. Ital. di Chirurgia, 1930.

COPEMANN W. S. C. *Two cases of Still's disease cured by gold injections*. Proc. Roy. Soc. Med. marzo 1930.

COSTA. *Sindrome di Still*. Arch. Scienze Med. marzo 1932.

DE CAPITE. *Le poliartriti croniche primarie della infanzia*. La Pediatria, 1925.

ETIENNE G., DROUET P. L., LONIOT P., RICHON J. *Morbo di Still*. Bull. et mém. Soc. méd. d. Hôp. Paris, nov. 1932.

FELTY. Citato da Robecchi.

FIESCHI. *Poliartropatie subacute del tipo di Still-Chauffard*. Riforma med., aprile 1932.

FRANÇON F., BOSONNET G., ROBERT P., GEBRAY F. *Un cas de syndrome de Chauffard-Still chez l'enfant*. Bull. et mém. Soc. méd. d. Hôp. Paris. genn. 1934.

FRUGONI. *Lezione sul morbo di Still*- Policl. Sez. Prat., luglio 1932.

GALLERANI U. *Reperto positivo streptococcico nel sangue di un nuovo caso di morbo di Still*. Clin. ped., nov. 1935.

GAMBIRASSI A. C. e ACCINELLI A. N. *Enfermedad de Still* (2 observaciones) Estudio anatomo-patologico; bibliografia. Arch. Argent. de ped. ottobre 1938.

GENTILI. *La poliartrite cronica ed il morbo di Still*. Clinica pediatr. 1930.

GIORDANO *Morbo di Still*. Arch. per le Scienze mediche, luglio 1931

GLEICH M. *Report of a case of Still's disease*. Archives of Ped. 1924.

GRALKA. Citato da altri AA.

JOHANNINGEN. *Ein Beitrag zur Kenntniss de « Still'schen Krankheit »*. Acta Pediatrica, 1923.

LEDOUX E. e JACQUARD J. *Un cas de syndrome de Still*. Bull. et mém. Soc. méd. d. Hôp. Paris, Febb. 1938.

LESNÈ E., CLEMENT R., LAUNAY C. et LANCON R. *Syndrome de Still avec endocardite streptococcique*. Bull. et mém. Soc. méd. d. Hôp., Paris, luglio 1935.

LEVI S. *Morbo di Still e lesioni linfoghiandolari*. Riv. di clin. ped., maggio 1938.

ID. *Il morbo di Still. Contributo clinico-istopatologico*. Riv. di clin ped., novembre 1935.

LONGO. *Contributo allo studio della cosidetta malattia di Still*. Riv. di Clin. Ped., 1917.

MALDAGUE. *Le traitement de la maladie de Still per le lacto-serum en injections intramusculaires*. Rev. fran de ped., 1939.

MANICATIDE M., ROSENKANZ B., CONSTANTINESCU C. *Sur un cas de maladie de Still*. Rev. franç. de péd., 1935.

MICHELI e GAMNA. Minerva Medica, n. 1-2, 1928.

MILANI. *Scheletro*. Ed. C.E.L.A.S., Belluno.

MICOTTI R. *Diagnosi e terapia del morbo di Still*. Arch. di ort., giugno 1933.

MUSSA B. *Sepsi da enterococco e terapia sanartritica del morbo di Still*. Clin. ed Ig. Infant., 1930.

NOBEL E. *Observations on Still's disease and on primary chronic polyarthritis in children*. Ann. pedatr., giugno, 1940.

PARONI. Boll. Soc. It. Ped., 1934

PARENTI G. L. *Note istopatologiche sulla malattia di Still; poliartrite cronica giovanile con adenopatie e splenomegalia*. Pathologica, settembre, 1934.

PEHU M. *Sur la maladie de Still dans l'enfance*. Médecine, agosto 1938.

RAMOND L. *Rhumatisme chronique polyarticulaire avec adénopatie e splénomégalie (syndrome de Cauffard-Still)*. Presse méd. febbraio 1938.

REITANO. *Sulla cosidetta malattia di Still*. Arch. Ital. di anatomia ed istologia patologica. Luglio agosto 1930.

ROBECCHI A. *La poliartrite cronica primaria*. Omnia medica, 1939.

SIMONETTI. *Contributo allo studio della malattia di Still*. R. Clinica pediatrica, 1930.

STILL. *Rheum. Arthritis in children*. Albutt's System of med. London 1897.

STRAUSS. *Stillsche Krankheit*. Med. Klin., 1926.

SCHWAIGER M. *Beitrag zum problem der Stillschen Krankheit*. Ztschr. f. Kinderh, 1938.

TANAN Z. Z. *Chauffard-Still's disease in children*. Anadolu klin., 1938.

TRAMBUSTI. *Sulla etiologia del morbo di Still*. Boll. Soc. Ital. Ped., 1934.

THIROLOIX. Bull. mém. soc. des hôp. de Paris, 1933, 1926.

TRIPODI. Policlinico, sez, pratica, 1933.

VERITTI A. *Sopra un caso di morbo di Still*. Min-Med. Sett., 1936.

WEISSEMBACH e FRANCON. *Rhumathisme chronique, fibreux, deformant, progressif; avec adénopaties et splénomegalie*. La presse medicale. 1931.

ZUCKERMANN N. A. e KAMINSKY E. J. *Observations clinique sur la maladie de Chauffard-Still*. Arch. de méd. d. enf., dicembre 1937.

SUNTI E RASSEGNE

ZONE LIMITI.

L'osteopatia ipertiroidea.

(M. CELLINA e A. BRONZINI. *Arch. di patol. e Clin. Med.*, aprile 1942).

Da moltissimo tempo sono noti i rapporti fra alterazioni tiroidee e malattie scheletriche per quanto riguarda le deficienze funzionali della tiroide e su di essi non c'è divergenza di opinioni. Invece meno concordi sono le opinioni per quel che riguarda le alterazioni scheletriche in rapporto alle iperfunzioni tiroidee.

Bisogna fare una distinzione fra le alterazioni di soggetti che non hanno ancora raggiunto lo sviluppo scheletrico completo e quelle in soggetti con scheletro già stabilizzato. Le osservazioni di alterazioni scheletriche ipertiroidee nell'infanzia e nella prima adolescenza, sono scarse.

Si ammette che i giovani ipertiroidosi presentino una rapida crescita e un altrettanto rapido arresto di sviluppo in seguito alla precoce e prematura saldatura epifisaria. Però ci mancano dati precisi sullo stato istologico della cartilagine nei bambini ipertiroidei. Le indagini sperimentali non hanno chiarito la questione, perchè gli animali trattati con piccole dosi di tiroide presentano rapida crescita, mentre quelli trattati con dosi forti hanno un arresto dello sviluppo.

Negli adulti i primi studi in proposito risalgono a quelli di Recklinghausen del 1891 colla descrizione di un caso che egli chiamò di osteomalacia giovanile con un aspetto istologico che egli chiamò osteite cistica. Allora il Recklinghausan non pensò ai possibili rapporti coll'iperfunzione tiroidea. Successivamente comparvero i lavori di Revilliod, di Hamig e di numerosi altri. Solo nel 1917 comparvero gli studi di Kummer sul metabolismo del calcio nel gozzo esoftamico e viene affermato che in base all'esame dei radiogrammi si può giudicare dello stato di demineralizzazione calcica delle ossa.

Nonostante numerosi lavori comparsi dopo, il primo lavoro organico in cui vengono presi in esame i rapporti fra ipertiroidismo e alterazione ossee è quello di Hunter del 1930. Egli trovò nell'ipertiroidismo un'alterazione ossea a tipo osteoporotico e notò che la decalcificazione si produce attraverso un processo di riassorbimento lacunare da osteoclasti. Nel 1933 la questione fu studiata ancora più accuratamente da Askanazy e Rutishauer, i quali hanno trovato alterazioni a tipo di atrofia ossea progressiva o di osteite fibrosa.

Dati sulla frequenza delle alterazioni ossee negli ipertiroidei non sono ancora possibili per lo scarso numero dei casi presi in esame finora. Possiamo dire che c'è una differenza fra i dati anatomopatologici e quelli radiologici indicati dai vari autori. Così, mentre Askanazy e Rutishauer hanno trovato anatomicamente alterazioni ossee in tutti e sette i casi da loro studiati, Hunter e poi anche Leriche e Jung hanno trovato alterazioni ossee rilevabili radiologicamente solo in circa la metà dei casi.

In quanto alla frequenza relativa delle sedi colpite, sembra che abbia importanza il tener conto delle leggi meccaniche, come già avevano detto Pommer e v. Recklinghausen, perchè sono più colpite le ossa più gravate dal carico e precisamente il femore e il mascellare.

L'osso colpito presenta microscopicamente delle alterazioni e precisamente la corticale acquista un aspetto marmorizzato con numerose piccole fessure a decorso longitudinale. L'esame istologico mostra le caratteristiche dell'atrofia ossea progressiva descritta da Askanazy fin dal 1901.

Si hanno fenomeni di distruzione e di rigenerazione delle ossa con formazioni osteoidi. Le alterazioni a carico della tiroide sono sempre le tipiche che si riscontrano nel Basedow, mentre le lesioni contemporanee delle paratiroidi non sono costanti e hanno una tanto scarsa entità da non poter essere ritenute in rapporto causale colle alterazioni ossee.

Clinicamente, nella grande maggioranza di casi non si hanno sintomi che richiamino la attenzione sulle ossa. In qualche caso soltanto si hanno dolori di tipo continuo o anche presenza di fratture spontanee anche per urti minimi. La maggiore gravità della sintomatologia ossea si ha nei casi che durano da più tempo.

La percentuale minore di alterazioni ossee riscontrate all'esame radiologico rispetto a quella riscontrata coll'esame anatomopatologico pare non risultare esatta. Infatti il Brunner ha potuto fare il confronto fra i due metodi di indagine in un caso e vide che mentre radiologicamente non si trovavano alterazioni scheletriche apprezzabili, queste erano evidenti all'esame istologico per l'esistenza di osteoporosi a tipo di atrofia semplice.

L'osteoporosi dei basedowiani presenta radiologicamente un quadro ben precisato: si tratta in genere di semplici fenomeni di depauperimento calcico con assottigliamento della corticale delle ossa lunghe, che, nei casi avanzati, acquista l'aspetto di una striscia sottile; si ha contrasto sempre meno netto fra corticale e midollare; le metafisi sembrano vuote d'osso, completamente trasparenti (è l'aspetto che Gottlieb ha chiamato vetroso). Le ossa corte sono così atrofiche da sembrare trasparenti.

Le formazioni cistiche non appartengono all'ipertiroidismo, ma all'iperparatiroidismo.

Dal punto di vista biochimico esiste nell'ipertiroidismo un'eliminazione elevata di calcio per le urine, che provoca una decalcificazione.

Gli AA. hanno studiato 50 casi dal punto di vista radiologico e biochimico. In 40 sui 50

casi non si trovarono alterazioni ossee rilevabili radiologicamente. Queste alterazioni furono trovate solo in 10 casi. Questo però non dice che non ci potessero essere delle alterazioni ossee non visibili ai raggi.

In questi dieci casi non fu trovato un rapporto fra l'intensità del metabolismo basale e l'intensità delle alterazioni ossee.

L'ipotesi che appariva logica che le alterazioni ossee nei basedowiani si potessero mettere in rapporto con contemporanee alterazioni paratiroidee non ha trovato conferma nelle ricerche istologiche fatte da Askinazy e Rutishauer, ricerche che sono confermate dalle ricerche biochimiche che, per la maggior parte degli autori, hanno dato una calcemia normale con mancanza di ipofosfatemia e di acidosi. Del resto è noto che la tiroxina è capace di determinare una maggiore eliminazione di calcio. Ma conro questo non intervento delle paratiroidi sta il fatto che la somministrazione di paratormone provoca nei casi in cui si somministra tiroxina un brusco ritorno al normale della calcemia, la quale si mantiene alta pur avendosi abbondante eliminazione urinaria di calcio se la somministrazione contemporanea di tiroxina e paratormone si prosegue a lungo anche con piccole dosi di paratormone. Clinicamente poi ci sono dei casi in cui in soggetti con indubbi segni di ipertiroidismo si hanno delle alterazioni ossee a tipo cistico, cioè le caratteristiche alterazioni dovute all'alterata funzionalità paratiroidea.

Gli AA. ritengono non sia accettabile l'opinione di coloro che sostengono che l'aumento del ricambio calcio fosforato si ha attraverso un'esaltazione di tutto il ricambio, perchè non c'è corrispondenza fra il grado del metabolismo basale e dell'eliminazione urinaria di calcio.

Non si può sostenere nella genesi nemmeno uno stato acidosico, perchè la riserva alcalina è stata riscontrata normale in tutti i casi.

Non si può quindi affermare o negare che nel ricambio minerale dei basedowiani le paratiroidi abbiano una parte, ma comunque possiamo affermare che l'ormone tiroideo interviene certamente a regolare il ricambio minerale dell'organismo del basedowiano. L.

Le malattie ossee e i loro rapporti col midollo osseo.

(N. MARKOFF. *Praxis*, 18 giugno 1942).

Osservazioni sia cliniche sia sperimentali dimostrano che determinati rapporti esistono, in condizioni normali e patologiche, tra funzione del midollo osseo e struttura dello scheletro.

Per illustrare questo fatto biologico, l'A. riferisce anzitutto un esempio tratto dalla propria casistica clinica: un uomo di 57 anni, mentre era in cura per una frattura del femore, ammalò di polmonite e, in occasione della dispnea dipendente da questa complicazione polmonare, ebbe, una dopo l'altra, la frattura di varie costole. L'esame obbiettivo rivelò una frattura dell'omero destro, della quale il malato non si era nemmeno accorto.

L'esame radiologico dimostrò, al posto del tessuto osseo normale, una struttura vitrea dell'osso, che si può classificare genericamente come osteoporosi.

L'esame emocromocitometrico, mise in evidenza un valore emoglobinico di 113 e un notevole aumento numerico degli eritrociti.

Questo caso ne rammenta altri, della letteratura più o meno recente, per esempio casi iniziali di osteomalacia con valori alti di emoglobina e di eritrociti, i quali fanno pensare a una condizione d'iperfunzione del midollo osseo, circoscritta alla serie rossa, in analogia a qaunto accade durante la gravidanza normale, dal terzo mese in poi (cosidetto « midollo osseo gravidico », iperfunzionante).

Interessante è anche ricordare che lo sviluppo del midollo osseo nel feto è più rapido e più completo che non quello dell'osso, il quale rimane a lungo sottile e molle; e che, nel neonato, il midollo osseo è ricchissimo di cellule e povero di grasso, e il sangue presenta un tasso emoglobinico più elevato e un numero di eritrociti maggiore che non nell'adulto: si tratta di una vera e propria osteoporosi fisiologica del neonato, la quale si accompagna ad iperfunzione del midollo osseo per scomparire in seguito, mentre il midollo osseo assume i caratteri e la distribuzione propri dell'età adulta, verso il 15° anno di vita.

Infine, alla fragilità ossea senile sembra possa corrispondere spesso un'ipereritrocitemia e perfino un aumento del tasso emoglobinico. Si può dunque concludere che un midollo ricco di cellule comporta un osso fragile e poroso e che, in generale, le modificazioni del midollo sono il fenomeno primitivo, quelle ossee il fenomeno secondario.

Nello stesso senso parlano alcune ricerche sperimentali moderne: Katase ha ottenuto, nell'animale, alterazioni ossee (ossa molli e fragili) mediante una dieta acidotica; Markoff stesso, ripetendo tali esperienze di Katase, ha osservato la comparsa, verso la 4ª o 5ª settimana, di modificazioni del quadro ematico: i leucociti prima aumentano di numero, poi diminuiscono fino a valori inferiori alla norma. Il midollo osseo allora diventa iperfunzionante e ricco di cellule anche in quelle zone che nei controlli normali sono di midollo giallo. Verso il 15° giorno dall'inizio dell'esperienza, cominciano le alterazioni ossee: distruzione di tessuto osseo, aumento di numero degli osteoclasti, infine anche fratture causate dai più piccoli movimenti. L'A. dà a questo quadro il nome di « osteopatia mielogena ».

Effetti analoghi si possono osservare provocando un ipertiroidismo sperimentale oppure stimolando il midollo osseo mediante la somministrazione di istamina.

L'A. ha tentato anche un genere d'esperienza opposto a quelle ora dette: trattando animali con stronzio (elemento attivatore dell'osteogenesi), egli ha visto aumentare il midollo giallo, diminuire gli eritrociti e i leucociti nonchè il tasso emoglobinico. Successivamente egli ha visto manifestarsi alterazioni ossee consistenti in una proliferazione di cellule ossee giovani e di osteoblasti. Quindi anche la cosidetta osteosclerosi da stronzio presenta uno stadio iniziale caratterizzato da alterazioni esclusivamente circoscritte al midollo osseo.

La clinica offre molti esempi di iperfunzioni del midollo osseo, le quali si accompagnano talora ad alterazioni propriamente ossee: tali le alterazioni a carico del cranio in casi di policitemia rubra iniziatasi in età infantile, la turricefalia e le facili fratture in casi di ittero emolitico tipicamente congenito e familiare; tali le forme localizzate e generalizzate di osteoporosi accompagnanti a volte le leucemie e manifestantisi, oltre che all'esame radiologico, attraverso la facilità con cui queste ossa osteoporotiche si fratturano; tale, infine, la fragilità ossea abnorme, che è spesso, con i dolori ossei, sintoma precoce e a lungo isolato del mieloma. Una condizione patologica in certo modo antitetica a quelle ora elencate è quella della malattia delle ossa di marmo, nella quale un midollo osseo impoverito nei suoi elementi cellulari e ricco di cellule connettivali condiziona un'esaltazione della funzione osteoplastica dell'endostio.

Quanto ai tumori ossei e alle metastasi ossee di tumori ovunque indovati, essi porteranno a quadri osteoporotici od osteosclerotici a seconda che si accompagneranno a un'iperfunzione del midollo osseo oppure a una trasformazione fibrosa del midollo osseo medesimo, il quale sarà, in questa seconda eventualità, povero di cellule. A. B.

DIVAGAZIONI

Storia e valore alimentare della patata.

La patata (Solanum tuberosum) è una pianta spontanea delle Ande del Cile e del Perù.

Fu trasportata dal monaco Gerolamo Cardan nel 1528 in Spagna dove fu coltivata a titolo di curiosità. Nel 1588 fu introdotta in Austria donde il botanico Clusius la diffuse in tutti i paesi di lingua tedesca, in Svizzera e in Francia. Quasi contemporaneamente, nel 1563 Hawkins e Drake la introducevano in Inghilterra. Verso la fine del Secolo XVI e il principio del XVII fu trapiantata in Italia dai Carmelitani scalzi.

Da quest'epoca la coltivazione e l'uso della patata si diffusero rapidamente in Europa. In Francia il valore alimentare del tubero fu sostenuto insistentemente da Parmentier (detto per questo « l'uomo incomparabile »), il quale ne fece un'intensa coltivazione nei pressi di Parigi. Luigi XVI per raccomandarne la diffusione come alimento del popolo soleva portare all'occhiello fiori di patate.

In poco più di due secoli la cultura delle patate si è diffusa in tutta l'Europa diventando uno dei più diffusi alimenti. In Italia prima della guerra se ne producevano oltre 20 milioni di quintali, e sul territorio della Germania attualmente se ne producono per circa un miliardo di quintali all'anno. Sta di fatto che essa è un vegetale di facile coltivazione e di molto rendimento, e un alimento di primo ordine.

Esse hanno un valore calorico pari ad un terzo di quello del pane comune bianco e forniscono dal 12 al 30 per cento delle calorie dell'alimentazione media degli europei. Quest'alta proporzione di calorie è in rapporto al notevole contenuto di idrati di carbonio sotto forma di amido. Questo nelle patate è rappresentato fino al 22 per cento in peso, mentre gli albuminoidi sono rappresentati solo da meno del 2 %.

Malgrado la loro scarsezza le sostanze azotate hanno una notevole importanza per la nutrizione umana perchè per la loro costituzione si avvicinano molto alle albumine di origine animale.

Il contenuto di grasso (0,15 per cento) è così scarso da essere praticamente trascurabile.

Le sostanze minerali hanno anch'esse il loro valore nutritivo, ma più ne hanno le vitamine.

Le patate contengono in notevole quantità vitamina C (fino a 50 mgr. su 100 grammi). Tale quantità rimane inalterata nelle patate ben conservate (non essiccate) per tutto l'inverno. Quindi rappresenta il fattore principale per evitare lo scorbuto, durante le guerre e le carestie, nei paesi nei quali non si hanno a disposizione altre sorgenti di acido ascorbico (frutta fresche e sopra tutto agrumi).

Contengono inoltre una discreta quantità di vitamina B_1.

Il miglior modo di preparazione per conservare alle patate tutto il loro valore alimentare è la bollitura che idratizza l'amido rendendolo facilmente digeribile. La cottura deve essere fatta con tuberi interi, non sbucciati, e non deve essere protratta a lungo (è sufficiente che le patate abbiano acquistata la consistenza tenera che le massaie sanno bene apprezzare introducendo in esse le punte di una forchetta). In tal modo si evita la distruzione delle vitamine mentre la buccia impedisce la loro diffusione nell'acqua di ebollizione.

L'amido delle patate viene anche trasformato industrialmente in sciroppo di amido, zucchero di amido e destrina che vengono a loro volta utilizzati per l'alimentazione umana nella preparazione delle marmellate e come succedaneo dello zucchero di barbabietola.

DR.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE

Le granulomatosi fungine dell'uomo nelle regioni tropicali e subtropicali. Editore Sansoni, Firenze, 1942. L. 350.

Il volume di circa 700 pagine, fa parte del *Trattato di Micopatologia Umana*, diretto dal prof. Gino Pollacci, ed è dovuto ai proff. Pietro Redaelli, Direttore dell'Istituto di Anatomia e Istologia Patologica dell'Università di Pavia, e Raffeale Ciferri, Direttore dell'Istituto Botanico della Facoltà Agraria di Firenze.

La collaborazione di un micologo ed un anatomo-patologo, due scienziati di vastissima esperienza, acquisita attraverso studi lunghi e severi in materia, ha segnato una moderna messa a punto delle cognizioni nel campo delle malattie prodotte nell'uomo da funghi, ed è merito particolare di questi due italiani l'aver portato un ordine e prospettato una classificazione sistematica in questa branca della Medicina tuttora confusa e in gran parte oscura, la cui importanza apparirà ai lettori ben evidente, e sotto alcuni aspetti inattesa.

Un altro italiano, Aldo Castellani, era stato un precursore nell'illustrazione clinica di queste malattie, diffuse in particolar modo nelle regioni tropicali e subtropicali, in regioni cioè in cui l'Italia, nazione ancor giovane, era giunta fra le ultime.

L'intenzione degli AA. è di offrire ai medici che si dedicano allo studio delle malattie tropicali una guida per le ricerche in questo campo così specifico e specializzato, ma ogni medico colto che vuol stare aggiornato ai progressi della scienza medica troverà in questa opera poderosa una sorprendente miniera di nozioni nuove che non interessano soltanto la patologia dei Tropici, ma la clinica generale.

Come è affermato nel titolo del volume, è stata volontà degli AA. di limitare la trattazione alle *micosi granulomatose*, ossia a quella reazione dei tessuti in forma di granulomatosi consecutiva all'azione stimolante dei miceti patogeni per l'uomo. Queste micosi granulomatose sono quasi sempre profonde, ma l'illustrazione è stata estesa anche alle micosi superficiali quando esse presentavano i caratteri dei granulomi fungini.

La trattazione, pur interessando tutte le micosi granulomatose cioè non soltanto quelle proprie delle regioni dei tropici ma anche le ubiquitarie, illustra però principalmente quelle strettamente tropicali come le meno note agli studiosi italiani.

L'indirizzo seguito nella classificazione delle micosi è quello anatomo-clinico, pur avendo gli AA. trattato con grande ampiezza e col massimo rigore anche la parte micologica, ed è questo un indirizzo essenzialmente pratico, dato che specie diverse di funghi possono dare un identico quadro clinico, e viceversa forme cliniche diverse possono essere originate da una sola specie fungina.

In ogni singolo capitolo a una introduzione storica fa seguito l'illustrazione del momento etiologico, poi del quadro clinico; è riportata poi l'anatomia patologica completata da nozioni di patologia sperimentale e di immunità.

Il lungo lavoro di revisione di tutti i problemi della parassitologia e della patologia micosica dell'uomo e degli animali, condotto in stretta collaborazione del micologo col patologo, ha portato a delle intrepretazioni nuove e originali nella etiologia delle malattie granulomatose e ad una revisione di alcune sistemazioni micologiche.

I contributi più recenti nella trattatistica della micologia medica e delle malattie fungine comprendevano infatti da un lato le opere esclusivamente mediche dove le specie fungine erano semplicemente descritte con dati imprecisi quali agenti etiologici, dall'altra per parte di micologi puri una elencazione della specie di miceti patogeni che non teneva conto delle malattie da esse determinate, ed è stato compito dei due AA. il completare e fondere nel loro studio questi contributi per rendere più facile la consultazione tanto ai medici che ai micologi.

Nella parte generale del volume gli AA. trattano nel primo capitolo i problemi di climatologia tropicale e subtropicale da un punto di vista generale e in riguardo alla genesi di malattie fungine, e in un secondo la patogenesi e l'anatomia patologica delle micosi umane.

Di speciale interesse è la classificazione delle micosi e la loro distribuzione geografica esposta nel capitolo 3°.

Segue in una serie di 12 capitoli la trattazione della parte speciale che contempla: la granulomatosi actinomicosica, il granuloma rinosporidiosico, la granulomatosi coccidioide, la paracoccidioide, le granulomatosi blastomicosiche (gran. di Gilchrist), la granulomatosi deboriomicosica, le granulomatosi da lieviti sporigeni ed asporigeni, la istoplasmosi di Darling, la granulomatosi sporotricogena, i micetomi maduromicosici, le dermatiti verrucose micosiche, e infine le granulomatosi da ifomiceti diversi.

Ogni capitolo è corredato da un'ampia bibliografia, che è più estesa e completa per quelle forme che sono tuttora in evoluzione di ricerche e di studi. Il contributo degli scienziati italiani, così facilmente dimenticato o non sufficientemente apprezzato, è messo qui in giusta evidenza.

Il volume, corredato da numerose illustrazioni, che esce in magnifica veste tipografica, nel 1942, in piena attività di guerra, è una nuova testimonianza dell'impronta costruttrice e ordinatrice che la genialità italiana sa portare in ogni branca della Scienza, e nel suo intendimento di preparazione dei giovani medici allo studio della Patologia Tropicale è un augurio per quella che dovrà essere, e lo sarà indubbiamente, la missione colonizzatrice dell'Italia.

FRANCESCO GIUGNI.

CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

Enrico Anglesio. *Linfogranuloma maligno.* Osservazioni istologiche sopra 67 casi. Attualità di scienze mediche I.T.E.R. Torino, 1942, pagg. 51, tav. IV, fig. 8. L. 30.

A distanza di otto anni dall'assegnazione fatta a questo lavoro del premio Lepetit, l'Anglesio lo pubblica integralmente.

Non è una vera e propria monografia, perchè riporta soltanto i reperti istologici dei 67 casi studiati, senza alcun riferimento alla parte clinica. Ma anche così presenta notevole interesse per il numero non comune dei casi studiati e per l'accuratezza degli esami.

I casi sono divisi in vari gruppi, secondo il reperto istologico predominante: 31 hanno prevalentemente neoformazione delle cellule del reticolo con presenza di cellule di Sternberg; 11 hanno predominanza del tessuto di granulazione e del tessuto granuloso compatto; 13 hanno prevalenza del tessuto di granulazione sulla proliferazione del reticolo-endotelio o di questa su quello; 5 casi presentano una trasformazione blastomatosa di uno dei componenti del tessuto linfogranulomatoso; 1 caso si distingue da tutti gli altri per un reperto non classificabile in nessun altro gruppo; 1 ha avuto decorso acuto; 3 sono casi di linfogranulomatosi intestinale e due rappresentano localizzazione rara (una alla mucosa nasale e una allo sterno).

L'esposizione dei dati istologici è preceduta da poche pagine riassuntive sul concetto di linfogranuloma maligno e ognuno dei gruppi suindicati è seguito da un breve commento che mette in rilievo sopra tutto i lati ancora oscuri del problema del linfogranuloma maligno. La bibliografia limitata al 1933 è raccolta in fondo all'opuscolo.

Il lavoro è utile a chi voglia farsi un concetto della variabilità dei reperti anatomici in un campo in cui ancora fervono delle discussioni. Dai reperti dell'Anglesio la malattia si deve avvicinare al quadro delle reticulosi.

L.

K. Heusch. *Blasenkrebs.* Un vol. di 60 pagine con figure, parte in colori. Ed. G. Thieme, Leipzig, 1942. Prezzo RM. 4,50.

Questo volumetto, il cui autore è capo del reparto urologico del Rudolf Virchow Kranhenhaus di Berlino, fa parte di una serie di monografie su argomenti di urologia diretta da Boeminghaus.

Il capitolo del carcinoma vescicale è qui completamente sviscerato in tutti i suoi aspetti: dalle nozioni sulla sua frequenza e distribuzione alla sintomatologia iniziale e tardiva, dalle sue caratteristiche anatomiche al suo aspetto cistoscopico e radiografico, dalla diagnosi alla differenziazione di esso da forme morbose che possono simularlo.

Assai importante il capitolo sulla terapia, in cui l'A. espone i risultati di 100 casi, dei quali sono riportati i principali dati clinici osservati nel suo reparto dal 1933 al 1938. Sulla base di questa esperienza l'a. illustra i concetti di operabilità del carcinoma vescicale e si estende ampiamente sulla terapia sia dei casi operabili che degli inoperabili.

Dalla statistica dell'A. risulta che su 100 casi erano:

operabili per via transuretrale . . .	4 casi
operabili chirurgicamente	19 »
operabilità dubbia	7 »
operabili, intervento rifiutato . . .	5 »
inoperabili	65 »

Dei 19 casi operati (in 9 casi mediante resezioni e in 10 casi mediante escissione) si è avuto insuccesso in 8 casi (5 dopo resezione, 3 dopo escissione).

I 4 casi trattati per via transuretrale sono tutti guariti definitivamente: il che conferma ancora una volta l'importanza di una precoce diagnosi.

Chiude il volumetto, che si presenta in bella edizione e con belle figure parte a colori, una completa bibliografia. G. La Cava.

F. Jerace. *Caratteri morfologici e biologici delle zanzare.* Opuscolo di pp. 24 con 8 figure. Edizioni « Rivista di Malariologia », 1942; II edizione. Prezzo L. 5.

Esposizione semplice, chiara, bene ordinata, che si renderà utile ai medici addetti alle campagne antimalariche ed ai loro ausiliari, per individuare gli anofeli nostrani, conoscerne le abitudini, attuare praticamente i mezzi di lotta. La breve monografia ha già fatto un'ottima prova nel campo applicativo. G. T.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA PER LA PRATICA

Osservazioni di epidemiologia, clinica e terapia del morbillo.

Dott. ALBERTO BRUTTI, Farnese (Viterbo)
Dott. EZIO BORGOGNONI - Roma

Riteniamo che possa riuscire di qualche interesse riferire le osservazioni epidemiologiche, cliniche e terapeutiche, che abbiamo potuto fare nel corso di una recente manifestazione di morbillo.

Nelle ultime settimane dell'estate e nelle prime dell'autunno del corrente anno abbiamo avuto sotto il nostro controllo 161 casi di questa infezione.

Premettiamo che la popolazione infantile di età inferiore ai 10 anni e vivente nell'agglomerato urbano è di poco superiore al numero dei malati. Unica spiegazione a tanto rapido diffondersi di questa infezione è da ritenersi il fatto che da quasi un decennio nessun caso di morbillo si era in questa zona manifestato. Pensiamo cioè che in tutti i bambini esistesse quella particolare disposizione a contrarre la malattia che scompare ad infezione superata.

Solo a questo e non a particolare esaltata virulenza dell'agente infettante deve attribuirsi una così rapida diffusione giacchè nessun altro dato clinico ci autorizza a giudicare particolarmente virulento un virus che ha dato luogo a manifestazioni relativamente benigne.

Dal lato clinico abbiamo anzitutto notato la rarissima presenza delle macchie di Koplik da noi sempre diligentemente ricercate.

L'esame sistematico del cavo orale ci ha permesso invece di constatare uno stato congestizio della mucosa delle guancie a livello dei molari; detta mucosa si presentava edematosa e recava ben evidenti gli stampi dei molari con essa a contatto. Netta e ben rilevata fra gli stampi delle due arcate appariva in rilievo sulla mucosa della guancia la linea divisoria. Questo dato è stato da noi rilevato con assoluta costanza, in tutti i casi di malattia e ha preceduto di qualche giorno l'esantema, essendosi manifestato contemporaneamente o quasi ai primi sintomi catarrali e alla febbre. È scomparso qualche giorno dopo l'insorgenza dell'esantema. È stato rilevato in malati di tutte le età, sia in lattanti che in giovanetti di 12-13 anni, sempre presente su entrambe le guancie e non in relazione quindi con il decubito.

Dobbiamo ancora aggiungere che in bambini sani, purchè non si trovassero nel periodo prodromico del morbillo, questo referto non è stato osservato.

A spiegazione di tale fenomeno di cui non abbiamo trovato cenno negli AA. da noi consultati, crediamo sia da invocare un particolare tropismo del virus nell'epidemia da noi seguita. Omettiamo la casistica dettagliata; i casi da noi osservati hanno presentato quasi costantemente il quadro clinico seguente: dopo un periodo prodromico variabile dai 10 giorni a poche ore e caratterizzato da pallore, febbricola, tosse, depressione generale, catarro delle congiuntive e delle prime vie respiratorie i pazienti entrano chiaramente nella fase di malattia con l'esacerbazione dei sintomi riferiti. La febbre s'innalza a 39°, 40°, la tosse si fa insistente e secca, si accentuano le mucositi. Dopo qualche ora o qualche giorno la febbre si attenua fin anche qualche volta a scomparire, ma a questo apparente miglioramento subentra rapidamente l'esantema che invade la faccia, il tronco, le braccia e le coscie e nei giorni successivi avambracci, mani e piedi.

Contemporaneamente nel cavo orale appariva l'enantema. Non abbiamo mai osservato adenite cervicale e occipitale. La durata della malattia nei casi non complicati si è aggirata in media sui 4-5 giorni. Le complicazioni più di frequente osservate consistevano in bronchiti-broncopolmoniti, otiti e blefariti. Ma di queste più dettagliatamente riferiremo a proposito della cura.

Una serie di circostanze che potremmo chiamare fortunate ci ha permesso di poter curare due metà quasi uguali di malati, secondo due schemi di cura diversi e di farne raffronti e deduzioni. Infatti avendo ricevuto una congrua dotazione di Fen-Pla dall'ufficio sanitario provinciale già ad epidemia avanzata, abbiamo potuto iniziarne l'uso dopo che già 78 casi si erano risolti. Pertanto i casi trattati con quest'ultimo furono soltanto gli 83 successivi. Per maggior chiarezza aggiungiamo che tutti i pazienti furono curati a domicilio. Non si potè mai ricorrere all'uso del siero di convalescente essendo la nostra località sprovvista di mezzi idonei alla preparazione e conservazione di questo. Nei riguardi di tutti i malati fu data grande importanza all'ambiente procurando nei limiti del possibile il trasferimento in locale aereato e tranquillo, con poca luce e aria mantenuta costantemente umida con vari mezzi di

fortuna. Le norme igieniche e profilattiche usuali, nonostante trovassero molto spesso difficoltà nell'attuazione pratica, sono state da noi il più possibile consigliate e imposte. Fu tenuta nel massimo conto l'igiene della bocca e della gola, l'alimentazione fu quasi esclusivamente liquida ma nutriente. Questa in linea generale la condotta comune a tutti i casi. In ogni caso particolare naturalmente se necessario, siamo ricorsi alla terapia sintomatica. Per i casi del primo gruppo fin dal manifestarsi dei primi sintomi si fece ricorso alla proteino terapia aspecifica con i comuni preparati del commercio e alla sulfamidoterapia con 2 solfamido 4-metiltiazolo. Su 78 casi così trattati abbiamo potuto osservare la nessuna efficacia della sulfamidoterapia anche nei soli riguardi della curva termica. La durata della malattia per quanto variabile da caso a caso ci è sembrata in media di uno due giorni maggiore che nei casi del secondo gruppo.

In tre casi si ebbero complicazioni broncopolmonari. In undici bronchiti di una certa gravità. In quattro sotto l'anno e in due più grandicelli si ebbe otite media purulenta. In due casi blefarite. Nessun decesso. Per i casi del secondo gruppo fu impiegato solo il Fen-Pla che è una sospensione di principi fenolo solubili di placenta umana ottenuta col metodo di Petragnani. Ne furono iniettati per via intramuscolare a seconda dell'età e del decorso clinico 2-5-10 cc. di una sospensione all'1 %. L'iniezione fu quanto più possibile precoce; ad essa non furono associati altri rimedi paraspecifici. Le iniezioni furono sempre ben tollerate e mai osservammo il rialzo febbrile segnalato da alcuni autori.

Anzi la curva termica rimaneva stazionaria per qualche ora e discendeva poi lentamente per lisi in maniera che al massimo 3 giorni dopo l'inizio il paziente era apirettico. In pochi casi avendo osservato il persistere della febbre siamo ricorsi a una seconda e anche a una terza iniezione. Contemporaneamente alla diminuzione della temperatura miglioravano le condizioni generali, si attenuavano e scomparivano il quadro tossico e i fenomeni catarrali. Questo in linea di massima il decorso comune ai casi del secondo gruppo, fra i quali abbiamo avuto una sola complicazione bronchiale mentre non si sono verificate complicanze a carico degli altri organi.

Dall'esame comparativo dei due gruppi di casi risulta evidente un andamento decisamente più benigno per i casi trattati con Fen-Pla. Infatti su 78 casi del primo gruppo 22 dettero luogo a complicazioni. In 83 casi del secondo gruppo si ebbe un solo caso con complicazione bronchiale. La durata media della malattia che nel primo gruppo e nei casi non complicati si aggirò sui cinque giorni, nel secondo gruppo fu di 3-4 giorni. Inoltre dall' osservazione di tutti i casi capitati al nostro controllo abbiamo tratto l'impressione non chiaramente definibile di una maggiore benignità del morbo nel gruppo di malati trattati con Fen-Pla. Ci pare che il meccanismo d'azione del farmaco non possa essere interpretato soltanto alla stregua di una comune proteinoterapia aspecifica perchè come abbiamo già accennato anche i casi del primo gruppo ebbero un trattamento in questo senso (Proteinoterapia aspecifica) e non ne furono in modo convincente influenzati.

RIASSUNTO

In una recente manifestazione di morbillo su 161 casi capitati al loro controllo, gli AA. in 78 hanno tentato la sulfamidoterapia senza riscontrarne beneficio alcuno; hanno trattato gli 83 successivi con *Fen-Pla* che è una sospensione di principi fenolo solubili di placenta umana ottenuta col metodo di Petragnani. In quelli così trattati hanno osservato una minor durata media della malattia, un decorso decisamente più benigno e una assai minor frequenza di casi decorsi con complicazioni.

CASISTICA E TERAPIA.

Prurito vulvare.

Il prurito vulvare, che non è una malattia ma un sintomo, ha spesso una etiologia oscura e può manifestarsi tanto nelle donne incinte che in quelle non incinte.

H. Eymer (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 25 settembre 1942) passa in rivista gli stati morbosi in cui esso si riscontra. *Nelle donne incinte* si deve pensare anzitutto all'inizio di una particolare tossicità gravidica, specie se è accompagnato ad iperemesi e ad epatopatia; si tratta di una iperrecettività dei nervi della mucosa determinata da fattori ormonici o biochimici. Il prurito inoltre, nelle gravide, si manifesta spesso in seguito a varici della vulva, ad ipersecrezioni e micosi della vagina. Nel prurito vulvare essenziale delle gravide il mezzo terapeutico sovrano è l'iniezione intramuscolare di siero di donna normale incinta; buona è anche l'ipodermoclisi di soluzione fisiologica e l'autoemoterapia. A questi mezzi terapeutici si associa l'uso di medicamenti locali (polveri, pomate) e un regime dietetico privo di alcole, caffè, tè, nicotina.

Il prurito vulvare nelle *donne non incinte* può avere cause diversissime; lo possono dare

malattie organiche (vulvite, eczema, dermatosi, micosi, sporcizia, irritazione per fluor vaginale). Può costituire anche il primo sintomo di un carcinoma del corpo od essere in relazione coi flussi mensili; può esser dovuto a disturbi generali del ricambio, tra cui in prima linea il diabete e poi carenze vitaminiche, ormoniche o di minerali. Può essere anche lo stadio iniziale della leucoplachia della craurosi o del carcinoma, come pure l'espressione di una nevralgia del nervo pudendo. Inoltre, più spesso di quanto si creda, esso è dovuto a fattori psico-sessuali. Si deve cercare di curare il prurito secondo la sua etiologia, ma se questa non può essere chiarita, esso è un sintomo molto difficile a vincersi. Nei casi in cui l'etiologia è nota, essa detta la terapia. Quando invece la causa del prurito non può essere svelata, bisogna tentare altri mezzi: iniezioni sottocutanee di soluzione novocainica al 0,5% o tutocainica al 0,2% rispondono talvolta allo scopo, e così pure le iniezioni intramuscolari o endovenose di un preparato di bromo e stronzio. Nelle nevralgie pure può talora venire in questione anche il taglio del nervo pudendo. Infido è l'uso della roentgenterapia specie nelle donne ancora mestruate.

Il prurito d'origine psicosessuale, più frequente di quanto non si pensi, è dovuto spesso a discrepanze matrimoniali, per vergogna o timore o repulsione verso il marito o verso il modo con cui questi compie il coito. In tali casi è molto utile la psicoterapia.

F. T.

Terapia ormonica dell'enuresi notturna infantile.

Partendo dall'osservazione che le comuni terapie a base sedativa e tonica del sistema vegetativo e la psicoterapia non bastano a guarire l'enuresi notturna infantile e che negli adolescenti essa spesso guarisce spontaneamente coll'affermarsi dei caratteri sessuali secondari e infine che in alcune donne il disturbo compare nel periodo postclimaterico, A. Lombardi (*L'Attività Medica*, luglio- settembre 1942-XX) si è indotto a supporre che possa esistere un nesso fra enuresi ed ormoni sessuali e più precisamente che l'affezione dipenda da una carenza di questi, associata a tare organiche (altrimenti non si spiegherebbe il fatto che quasi tutti i bambini sessualmente immaturi e quasi tutte le donne in età postclimaterica hanno funzioni urinarie normali).

Fino dal 1938-39 in Africa Orientale l'A. aveva veduto numerosi casi di enuresi in bambini indigeni affetti da lue ereditaria con manifestazioni in atto; successive osservazioni eseguite in Italia avevano confermato la presenza quasi costante di sifilide accertata o sospetta nei bambini enuresici; ma la cura antiluetica da sola restava inefficace nella enuresi. Egli ammette quindi che la sifilide determini uno squilibrio ormonico, causa della enuresi e non suscettibile di regressione con la terapia specifica.

Confortato anche dalle esperienze di altri AA., ha trattato 34 casi di enuresi infantile somministrando gli ormoni sessuali omologhi, nelle bambine progynon orale (10 gocce) e nei maschi testoviron per iniezione (circa 1 terzo di fiala da 5 mg.), alle prime un'ora dopo il pasto serale e ai secondi subito dopo. Ha ottenuto la guarigione nella totalità dei casi, per solito già dopo la prima sera di cura oppure dopo la seconda o la terza. La somministrazione è stata prolungata, con opportuni intervalli, per almeno 3 mesi, senza alcun inconveniente, associandola alla cura antiluetica quando vi era sifilide accertata o sospetta.

L'ormone probabilmente migliora l'irrorazione della muscolatura vescicale, esercita azione tonica sul centro urinario spinale e ristabilisce l'equilibrio del complesso neurovegetativo vescicale e quello ormonico e nervoso generale.

F. J.

EPIDEMIOLOGIA.

Influenza del "luogo„ sull'incidenza del morbo di Heine-Medin.

N. Tecce (*La Clin. Pediatrica*, n. 7, 1942). ha raccolto i dati statistici dell'ultimo quinquennio riguardanti la poliomielite in provincia di Belluno. Complessivamente sono stati denunziati 138 casi nei 69 comuni della provincia. L'età più colpita è quella infantile nel primo biennio di vita. L'infezione ha avuto sempre carattere di sporadicità, perchè non si ebbero infezioni di vari bambini conviventi in famiglie in cui si verificò un caso.

La mortalità non è stata molto alta: 11 morti su 138 casi.

La morbosità non ha avuto nessun rapporto colle condizioni economiche e sociali. Molti casi si sono verificati in bambini e in adolescenti venuti da pochi giorni nei comuni della provincia presa in esame, per cui si deve ammettere che in questi casi l'infezione è passata dallo stato latente allo stato apparente per l'infralirsi della resistenza immunitaria che si produce per cambiamento di clima, per disordini alimentari, per strapazzi, ecc.

Divisi i comuni colpiti secondo l'altimetria, si sono avuti 79 casi nei comuni ad altitudine inferiore ai 500 metri, 39 nei comuni fra 5 e 1000 metri e 20 casi nei comuni posti al disopra dei 1000. Costantemente nei cinque anni considerati il maggior numero dei casi si sono verificati in luglio nei comuni con altimetria inferiore ai 500 metri, nell'agosto in quelli a più di 500 metri e in settembre in quelli a più di 1000 metri.

L'A. ha tenuto conto anche degli elementi climatometeorologici, delle valli e delle strade ferrate e rotabili senza aver potuto mettere in evidenza una netta dipendenza della morbosità con questi fattori.

L.

MEDICINA SCIENTIFICA

Costituzione sessuale e sistema ormonico sessuale.

Finora, dice L. Seitz (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 24 luglio 1942), si è parlato soltanto di costituzione somatica o semplicemente di costituzione; in futuro si dovrà anche distinguere una costituzione sessuale, cui appartengono tutti i segni e le qualità fisiche e psichiche, che hanno a che fare con il sesso. Tale distinzione non sarebbe necessaria se vi fosse sempre esatta corrispondenza fra costituzione fisica e costituzione sessuale; invece è noto che per es. un soggetto del tipo atletico può essere incapace a procreare mentre una leptosomica può essere madre di molti figli.

Ci sono due mezzi per cercare di riconoscere l'esistenza di eventuali deficienze della costituzione sessuale: uno è lo studio dell'ereditarietà, l'altro l'esame chimico e fisico del problema della procreazione.

Noi dobbiamo distinguere 2 diverse forme di deficienze sessuali costituzionali: 1) i tipi caratterizzati da una incompleta differenziazione nel sesso (tipi eterologi); 2) i tipi caratterizzati da insufficiente sviluppo dei propri caratteri sessuali (tipi omologhi). Di ciascuno di questi tipi esistono diverse specie di deficienze sessuali, che l'A. accenna brevemente e di cui illustra i rapporti con la funzione endocrina, rilevando anche le modificazioni apportate all'organismo dallo stato di gravidanza.

L'A. termina ponendo in giusta luce i fattori ambientali e alimentari quali determinanti uno sviluppo regolare dell'organismo e dei suoi caratteri sessuali. F. T.

VARIA

Effetti degli ultrasuoni.

Già nel 1927 alcuni scienziati tedeschi avevano accennato al fatto che nelle loro ricerche e nei loro esperimenti sulle onde ultrasonore si verificavano effetti veramente sorprendenti. Com'è noto si intende per ultrasuoni i toni alti e stridenti con oscillazioni o vibrazioni di 20.000 a 50.000 Hertz, che non possono più venir percepiti dall'orecchio umano.

Nel campo biologico questi scienziati, ed altri in seguito, poterono stabilire che nell'uomo si verificano, per mezzo delle onde ultrasonore, sorprendenti e forti sensazioni di bruciore assai dolorose, mentre i piccoli pesci ed altri esseri viventi monocellulari muoiono. I globuli rossi del sangue si scolorano e si lacerano. Tutti questi effetti si producono soltanto con una forte intensità di suono. Con intensità medie gli effetti hanno un decorso invertibile, nè restano lesioni durevoli. Così ad esempio nella rana si hanno dapprima fenomeni di forte eccitazione, seguìti però da un arresto e quindi da paralisi, fenomeni che scompaiono tuttavia lentamente ad irradiazione cessata. Nella dafne vennero paralizzati i diversi organi nel seguente ordine: gli arti, i bronchi, le pupille, il cuore.

A forti intensità, gli effetti distruttivi si manifestarono principalmente con una lacerazione e la formazione di una cavità nel protoplasma; con un'intensità minore si verificava soltanto una pulsazione più forte, che era dovuta ad eccitamento. Il verificarsi di questo stato di eccitamento fu il motivo che spinse gli studiosi a fare degli esperimenti sull'azione terapeutica degli ultrasuoni. Le ricerche furono precedute da minuziose misurazioni sulla capacità di assorbimento dell'ultrasuono da parte del tessuto umano, come pure sulla giusta dosatura, che non era sinora nota. Dagli esperimenti svolti su larga scala nell'Ospedale « Martin Luther » di Berlino si potè riscontrare una certa influenza sulla sciatica e sulle affezioni nevralgiche. Però le ricerche svolte in merito non hanno ancora portato a risultati definitivi.

I suddetti effetti terapeutici possono paragonarsi ad una specie di massaggio fatto in profondità, oppure consistere nell'introduzione di efficaci medicamenti attraverso la pelle a mezzo degli ultrasuoni, o nella azione diatermica. Questi tre fattori vengono attualmente studiati ancor più da vicino e minuziosamente. Si è così potuto osservare che dati medicamenti, come ad esempio il veleno delle api, possono venir assorbiti dalla pelle illesa.

Ora si sta studiando nell'Ospedae « Martin Luther » di Berlino anche quest'ultimo punto, cioè l'aumento della temperatura nel corpo umano per mezzo degli ultrasuoni. Benchè tale ciclo di ricerche non sia ancora definitivamente concluso, si può già dire che la sorprendente e forte sensazione dolorosa di bruciore che si avverte sulla pelle con applicazioni di ultrasuoni particolarmente intense, non è causata da calore, ma evidentemente da una specifica irritazione delle terminazioni nervose.

(« Medic. Contemp. », giugno 1942).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Provvidenze del Regime per la maternità e l'infanzia.

Sotto la Presidenza del Cons. Naz. Frontoni e con l'intervento del Vice Segretario del P.N.F. Farnesi, del Direttore Generale della Sanità Pubblica, del Direttore Generale per la Demografia e la Razza e del Direttore Generale dell'Amministrazione civile al Ministero dell'Interno, si è riunita la Giunta Esecutiva dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia. Erano anche presenti l'Ispettrice dei Fasci Femminili Clara Franceschini e il Direttore Generale dell'O.N.M.I. Prefetto Ciampiani.

La Giunta dell'O.N.M.I. oltre alla deliberazione di varie questioni, ha approvato i piani di organizzazione assistenziale in 18 provincie, i quali importano una spesa complessiva di 40 milioni di lire.

Con tale provvedimento viene completato il riordinamento dei servizi di assistenza materna ed infantile di tutte le provincie del Regno.

Inoltre sono state deliberate assegnazioni straordinarie di fondi a numerose provincie per l'assistenza alle madri ed ai bambini delle famiglie sfollate in seguito ad incursioni nemiche. Gli Ispettori Generali dell'Opera sono stati incaricati di seguire con la maggiore attenzione il movimento di emigrazione e di immigrazione degli sfollati da provincia a provincia per poter provvedere tempestivamente alle eccezionali esigenze assistenziali.

Sempre allo scopo di portare immediata assistenza alle madri ed ai bambini delle famiglie sfollate, la Giunta Esecutiva dell'O.N.M.I. ha stabilito di istituire per essi posti di ristoro nelle principali stazioni di transito e di smistamento in stretta collaborazione con i Fasci Femminili.

Infine la Giunta Esecutiva dell'O.N.M.I. ha deciso di aumentare notevolmente l'importo dei premi di affiliazione, in modo da consentire alle famiglie che si affiliano minori, secondo le recenti disposizioni del Codice Civile di ricevere anno per anno un tangibile aiuto, ad attestazione ed a riconoscimento del lodevole sacrificio da esse compiuto per dare ai fanciulli abbandonati una tutela, una educazione, un affetto.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Campagna antimalarica 1942-43

Il Ministero dell'interno (Direzione generale della Sanità pubblica), con circolare n. 127 del 25 novembre 1942, ha dettato precise e circostanziate norme per la campagna antimalarica 1942-1943. La estesa circolare è stata pubblicata in periodici a larga diffusione, quali « Milizia sanitaria » e « L'Avvenire sanitario », il che ci esime di dovere riportarla; a ciò siamo indotti dalla nececcità di economizzare lo spazio.

O. N. M. I. - Vigilanza sugli organi periferici.

Il Ministero dell'interno (Direzione generale della Sanità pubblica) ha diramato ai Prefetti e all'Opera Nazionale Maternità e Infanzia la seguente circolare n. 6 in data 22 genn. 1943-XXI:

Con la Circolare n. 115 del 5 dicembre 1942-XXI, nel dare comunicazione alle VV. EE. che l'O.N.M.I. aveva stabilito di affidare ad un proprio Direttore sanitario il compito del coordinamento delle attività dell'assistenza sanitaria alle madri e bambini nelle singole provincie, si faceva presente la opportunità di una collaborazione più attiva e concreta, su tale campo, da parte dei Medici provinciali, prescrivendo che questi dovessero integrare le relazioni trimestrali dei Vice Prefetti. Ispettori con rilievi e proposte formulate, nella parte di competenza.

Ciò premesso, a prescindere dai pochi casi in cui i Medici provinciali non hanno ottemperato a tali disposizioni, il che non potrà essere ulteriormente tollerato, si è dovuto rilevare, dall'esame delle relazioni dei Medici provinciali stessi, nonchè da quelle dei Direttori Sanitari delle Federazioni provinciali dell'O.N.M.I., che non sempre vengono mantenuti, tra detti sanitari, i necessari contatti, assolutamente indispensabili per una proficua collaborazione nel campo delle attività di pertinenza della cennata Opera Nazionale.

Il Ministero ritiene, pertanto, opportuno — tenuto anche conto delle necessità di ordine assistenziale sanitario, determinate dall'attuale momento — che sia attuata, in maniera precisa e concreta, la collaborazione di cui trattasi.

Mentre, a tal riguardo, è stata interessata, per quanto di competenza, la Sede Centrale del l'O.N.M.I., si prega di voler dare, in tal senso, tassative disposizioni ai Medici provinciali assicurando. Pel Ministro Buffarini.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Ricompense al valor militare

Medaglia d'argento.

Sotten. med. Nicola Pappalepore:

« Ufficiale medico di un battaglione CC. NN., durante più giorni di aspri combattimenti, sostenuti contro soverchianti forze nemiche, prestava assiduamente la sua opera, incurante e sprezzante di ogni pericolo.

Rimasto il suo posto di medicazione completamente accerchiato, mentre prestava le sue cure al proprio comandante di battaglione gravemente ferito, riusciva a collocare su di un autocarro i feriti più gravi, ed apertosi un varco a colpi di bombe a mano, seguito nel suo esempio da coloro che ancora potevano combattere riusciva nonostante la reazione nemica che crivellava di colpi l'autocarro, a portare in salvo il pietoso carico tra cui il suo comandante ». — Tschehotarewskij, 21-25 agosto 1942.

La critica al letto del malato non giova al malato, nuoce alla Medicina.
Guido Baccelli.

NOTIZIE DIVERSE

La basi biologiche della patologia tropicale.

Il 21 gennaio, presentato dall'Ecc. Domenico Marotta, direttore generale dell'Istituto superiore di Sanità e dinanzi ad un folto pubblico di personalità della medicina e dell'Esercito, il prof. E. Zavattari dell'Università di Roma, ha tenuto una lezione su: «Le basi biologiche della patologia tropicale» nell'Aula Magna di quell'Istituto.

Il conferenziere dopo aver rapidamente tracciato il quadro generale dell'ambiente tropicale mette in evidenza che la differenza fondamentale che interocorre fra patologia dei paesi temperti e patologia dei paesi tropicali risiede essenzialmente nel fatto che mentre nei paesi temperati gli agenti eziologici esogeni delle principali malattie vanno ricercati sopratutto fra i batteri e gli ultravirus, nei paesi tropicali invece dette agenti sono in prevalenza rappresentati dai parassiti.

Su questa impostazione vengono esaminati alcuni gruppi di malattie. Viene così documentato il fatto scoperto dall'oratore che nelle acque dei territori meridionali dell'Etiopia non si trova il batteriofago, il che spiega l'assenza in quei paesi di alcune infezioni batteriche. Successivamente vengono illustrate le malattie da miceti e quelle da parassiti animali; per chiudere con le malattie da alimentazione determinate anch'esse dalle condizioni generali ambientali.

In base a questa documentazione viene ribadito il principio che la patologia tropicale non si esaurisce nella diagnosi della forma morbosa, nella prescrizione della terapia; ma che al contrario essa è una biologia della malattia, è una patologia che si innesta sulla biologia delle razze umane, sulla biologia degli organismi che vivono nel tropico, sulla valutazione dei rapporti che intercorrono fra ambiente fisico floristico faunistico e uomo, sulla sintesi di tutte queste conoscenze innestate da un lato nel fatto morboso, armonizzate dall'altro nel grande quadro dei processi fondamentali della vita.

Norme per la spedizione di medicinali ai prigionieri di guerra.

Allo scopo di ovviare a ritardi nella spedizione dei medicinali destinati ai prigionieri di guerra, l'Ufficio Prigionieri della Croce Rossa Italiana comunica quanto segue:

L'invio dei medicinali non può essere fatto, per ora, che attraverso l'Uffcio Prigionieri della Croce Rossa Italiana, via Puglie n. 6, Roma. Le famiglie interessate devono curare che il pacco di medicinali venga inviato, sigillato, direttamente da ditte farmaceutiche legalmente riconosciute in Italia, le quali dovranno rimettere, a parte, un elenco del contenuto in triplice copia, menzionando il peso lordo e netto nonchè il valore.

Un po' dovunque.

La Principessa di Piemonte ha visitato le istituzioni sanitarie rionali di Roma e l'ufficio d'igiene e sanità, ove si è interessata particolarmente al Servizio schermografico e all'organizzazione dei servizi antitubercolari, delle colonie profilattiche della terapia fisica e della lotta antiadenoidea.

Tra i film a passo ridotto presentati nel concorso nazionale di Udine, è stato classificato primo nella categoria dei didattici il film del G.U.F. di Roma: «Lezione di embriologia umana».

La Federazione italiana nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi ha costituito un Centro bigliografico degli studi sulla tubercolosi; esso raccoglie già oltre 250.000 schede di pubblicazioni comparse a partire dal 1926, razionalmente vagliate, ordinate e classificate. I richiedenti per ogni indicazione bibliografica fornita dovranno corrispondere, a titolo di rimborso delle spese di trascrizione, L. 1 per ogni scheda. Le richieste vanno indirizzate alla Federazione, Schedario della tubercolosi, via Nazionale 200, Roma.

Si è costituito in Germania un'«Opera per lo studio e la lotta contro le malattie reumatiche», con sede nel distretto di Colonia-Aquisgrana. Si sono organizzate, all'uopo, due stazioni di ricerca e consulenza, nelle Università di Colonia e di Bonn.

Il servizio d'infermiere prescritto in Germania per gli studenti in medicina, è stato ridotto da 6 mesi a 4; non è più necessario compierlo al principio degli studi, ma può essere prorogato; questa nuova regolazione andrà in vigore col 1° aprile. Il servizio di fabbrica e quello rurale possono compiersi in rapporto con l'insegnamento della sanità pubblica. Gli esami principali devono concernere, oltre medicina interna, la chirurgia e l'ostetricia, come in passato, anche la pediatria.

A Monaco di Baviera si è organizzata, presso l'Ufficio di Sanità, una Centrale per la distribuzione dei letti ospedalieri; ha cominciato a funzionare col 14 dicembre; comprende per ora 22 ospedali. Questi comunicano alla Centrale quanti letti hanno liberi e l'assegnazione viene fatta dalla Centrale. Si evita così che i malati non trovino posti liberi o che vadano in ospedali poco adatti per essi.

Alla fine del febbraio 1942 venne costituito, a Berlino, un Istituto per lo studio e la lotta contro la carie, allo scopo d'indagare sulle cause, la cura e la profilassi della malattia. All'Istituto sono stati addetti cultori di odontologia, medicina interna, pediatria, igiene, batteriologia, istologia, farmacologia, chimica fisiologica, biologia generale, eredologia, costituzionalismo.

La Croce Rossa Tedesca ha organizzato un bagno di fango a Marienborn, presso Kamen (Sassonia), mediante la fondazione Elsa Brandström; è destinato esclusivamente alle infermiere della C. R.

L'Accademia di medicina di Parigi, accogliendo la proposta di una commissione, su rapporto del prof. Tanon, ha proposto che il limite d'età per le vaccinazioni antitifoidee sia abbassato da 10 a 2 anni.

È deceduto a Lodi, sua patria, in età di 71 anni, il generale medico dott. PIERO OLIVARI, che prestò a lungo servizio in Eritrea, ove fu medico personale di Ferdinando Martini; partecipò a tut-

ta la guerra libica e si distinse nella prima guerra mondiale.

È deceduto a Bergamo, in età di 84 anni, il prof. FRANCESCO QUARENGHI, valente oculista; visse quasi sempre a Milano, ove prodigò la sua assistenza in specie ai poveri. Oltre che lavori scientifici, lascia lavori storici e letterari apprezzati.

È deceduto a Campiaras (Brasile), in età di 74 anni, il dott. CLEMENTE DE TOFFOLI, che in quella città fondò e diresse l'Ospedale « Italiani Uniti » e vi fu console interino d'Italia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Forze San.; 15 lug. — V. PUNTONI. Problema dell'amebiasi.

Riv. di Patol. nerv. e ment., lug.-ag. — B. PISI. Concetto di « schema corporeo ». — G. C. GIORGI. Psicosi presenili.

Wien. Klin. Woch., 14 ag. — F. HÖGLER e K. LOEBL. Febbre da prontosil. — H. RAUSCHER. Doglie deboli.

Med. Welt., 4 lug. — W. KRANTZ. Trattamento del foruncolo.

Id., 25 lug. — M. HOCHRUM. Trattam. della sensaz. di fatica.

Id., 8 ag. — H. KÄMMERER. Ittero epidemico (epatite epidemica) e ittero semplice.

Id., 22 ag. — H. RUGE. La malaria.

Rif. Med. 8 ag. — F. VOLPE. Vitamina B_6 e glicemia negli epatopazienti.

Acta Med. Scand., II. — G. EDSTRÖN. Reumat. artic. cron. — K. ROHOLIN e G. TEIHM. Tumori femminilizzanti della corteccia surrenale.

Id., III. — K. A. EKBOM. La chinina in affezioni extra-piramidali. — E. TRIER. La sindrome epatorenale.

Münch. Med. Woch., 28 ag. — C. MUMME e al. Trichinosi.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo A. POZZI, resp

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME L Roma, 8 Febbraio 1943-XXI Num. 6.

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER L'ANNO 1943

Singoli:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 100	L. 145
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . . .	L. 70	L. 80
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile) .	L. 70	L. 80

Cumulativi:	Italia	Estero
(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . . .	L. 155	L. 210
(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 155	L. 210
(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chir.) .	L. 200	L. 275

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 7; della PRATICA L. 5.

I numeri, che vengono tutti scrupolosamente spediti, se non reclamati entro un mese dalla loro pubblicazione, si inviano soltanto a pagamento.

☛ L'importo dell'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato, ***senza tassa*** nel Conto corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. 5.

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE CIVILE DI ASTI.
SEZIONE MEDICA

Intossicazioni da ipoazotide. Sequele polmonari. Quadri radiologici pseudotubercolari.

Dott. E. DEBENEDETTI, primario e docente
Dott. FRANCESCO SARDI, primario radiologo
Dott.ssa AUGUSTA BRENCI
Inc. del Disp. Antitub. Prov. di Asti

Durante la primavera di quest'anno abbiamo avuto campo di fare la conoscenza con un'entità morbosa che osiamo ritenere del tutto nuova, poichè essa è legata a particolari contingenze di guerra, quali non si sono mai presentate fin'ora.

Questa nuova entità morbosa è dunque destinata a scomparire con la guerra; l'interesse ne è del tutto attuale: ma non per questo meno vivo, sia perchè essa può avere conseguenze gravi e anche fatali, sia perchè essa può, in qualche caso, aprire la via ad equivoci diagnostici assai incresciosi.

Si tratta di affezioni bronchiali e polmonari dei fabbricatori clandestini di solfato di rame. Una minore disponibilità di questo prezioso anticrittogamico e, diciamo pure, il timore ingiustificato di non poter ottenerne in misura tale da fronteggiare energicamente l'infezione, ha indotto un certo numero di contadini di questa plaga, forse la più viticola d'Italia, a preparare, con mezzi primitivi e senza le necessarie precauzioni, il solfato di rame. Le cose non sono sempre andate liscie.

Ricordiamo brevemente il processo di fabbricazione, perchè sia chiara l'origine della nuova forma morbosa.

In vasi di terraglia verniciati o in damigiane di vetro vengono immessi, in adatte proporzioni, acido solforico, acido nitrico e rame metallico sotto forma di striscioline o di trucioli.

Come è noto, l'acido nitrico ha funzione di solvente del rame, cedendolo poi all'acido solforico, col quale si combina dando luogo a

precipitazione cristallina di solfato di rame. Durante la reazione, e questo ci interessa, si ottiene, per riduzione dell'acido nitrico la formazione di ossido d'azoto secondo la formula seguente: 3 Cu + 8 HNO_3 = 3 Cu (NO_3) + 4 (H_2O) + 2 NO.

È questo appunto il processo classico per la preparazione dell'ossido di azoto. Un'altro modo di preparazione si avvicina anche di più alle manovre chimiche dei preparatori clandestini di solfato di rame, ed è quello che consiste nel fare agire sul rame metallico, immerso in soluzione satura di nitrato potassico, acido solforico concentrato: ed anche questo metodo è stato utilizzato per la fabbricazione casalinga del solfato di rame.

L'ossido di azoto, gasoso a temperatura ordinaria, incolore, si sviluppa in grande quantità durante la reazione, e, per immediata ossidazione a contatto dell'aria, si trasforma in biossido (perossido) e tetrossido d'azoto, NO_2 e N_2O_4, comunemente noti sotto il nome di ipoazotide.

L'ipoazotide, coi suoi vapori rossobruni, intensamente acri, è senza dubbio, responsabile delle affezioni delle vie respiratorie che vogliamo ora descrivere, riservandoci di accennare in seguito al meccanismo di azione di questa sostanza.

La nostra casistica non è tanto numerosa da permetterci di tracciare un quadro completo e definitivo della intossicazione da ipoazotide nè, tanto meno, di distinguere forma da forma. I casi da noi constatati sommano ad una ventina, ma abbiamo la certezza di essere passati vicino ad un numero sensibilmente maggiore di gasati senza averne avuto il sospetto. Solo dopo una certa esperienza, infatti, ci è stato possibile sospettare l'origine di certe bronchiti e di certe dispnee e di assodarne l'eziologia. Dobbiamo aggiungere che, se qualche malato spontaneamente ci aveva accusato l'eziologia reale della sua bronchite, molti altri non avevano ritenuto prudente farcene parola; qualcuno infine aveva dimenticato l'incidente primitivo.

Per ultimo osserviamo che la nostra esperienza è, salvo in un caso, completamente ambulatoriale e, perciò, non può essere corredata da particolari ricerche, all'infuori di quella radiologica, la quale, come si vedrà, riveste una importanza grandissima.

Anamnesticamente si è potuto assodare che l'intossicazione si è prodotta assai più facilmente allorchè la preparazione veniva fatta in luogo chiuso; altre volte un colpo di vento ha improvvisamente trasportato i vapori che hanno investito il preparatore che soleva tenersi a distanza prudente dai vasi di reazione.

La maggiore o minore intensità dei fenomeni morbosi è certamente in rapporto con la densità dei vapori e con la durata dell'esposizione; probabilmente una certa influenza può anche essere attribuita a particolari suscettibilità individuali.

I gasati hanno riferito di avere avvertito, appena inspirato il gas, un senso di soffocazione molto vivo ed una tosse stizzosa, infrenabile. Ma a quei primi sintomi è seguito ben presto un periodo di relativa calma: ed è questa una circostanza degna di rilievo.

Possiamo dunque distinguere un primo momento, quello dell'aspirazione dei gas, una pausa ed infine un periodo di vera e propria malattia, che può durare giorni e settimane. La pausa è durata, in qualche caso, poche ore, in generale anche un giorno o due: intendiamoci, pausa relativa, contrassegnata da diminuzione della tosse e della dispnea.

Una grave ripresa di questi fenomeni, una tosse incessante, spaventosa, diceva qualche paziente, una dispnea intensa e sibilante segnalavano, l'inizio del terzo periodo. Nei pochissimi casi visti al principio di questa fase, abbiamo notato, oltre la tosse, una dispnea a tipo polipnoico senza prolungamento dell'espirazione. L'esame del torace faceva rilevare sibili, ronchi, raramente rantoli fini su tutto l'ambito polmonare senza alterazione del suono plessico. In un caso, l'unico seguito da morte, visto qualche ora prima del decesso, abbiamo rilevato i segni fisici di un edema polmonare con estrema cianosi e adinamia cardiaca. Più volte è stata notata reazione febbrile. In un certo numero di casi i fenomeni morbosi si sono invece presentati con caratteri di apparente mitezza, per lo meno dal punto di vista soggettivo: scarsa dispenea, tosse modica.

Molti pazienti hanno avute piccole emottisi ed è questo incidente che ha spinto i malati a cercare controllo clinico e radiologico, tanto più che, nei casi più gravi, si erano aggiunti un deperimento più o meno marcato, astenia, dolori toracici, sudori notturni, anoressia tenace.

Non può quindi far meraviglia che i medici stessi abbiano potuto affacciare l'ipotesi di processi tubercolari e che noi confermassimo il sospetto con radiografie estremamente suggestive. Ricordiamo ancora una volta che l'eziologia di queste forme respiratorie non ci era nota, per omissione volontaria od involontaria dei pazienti.

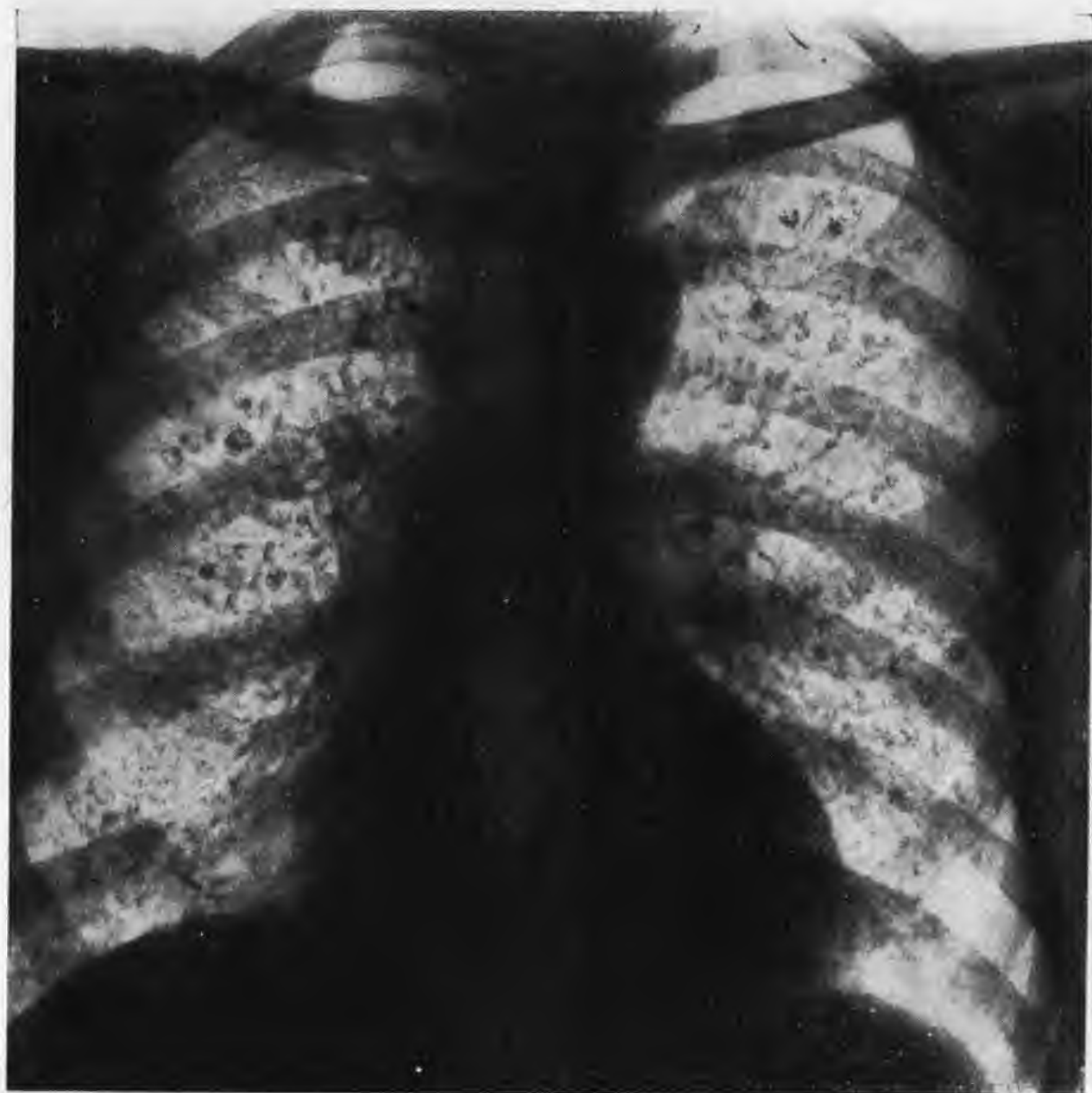
Più d'una volta infatti i pazienti avevano completamente dimenticato il primitivo incidente, che si era presentato in maniera fugacissima e lieve: circostanza degna di rilievo perchè suggerisce l'ipotesi di una altissima tossicità dell'ipoazotide, anche quando la immediata reazione è stata poco appariscente.

Per solito i disturbi si sono mantenuti gravi per un giorno o due, altre volte molto più a lungo, tendendo poi a mitigarsi progressivamente.

se non attraverso a qualche errore diagnostico: vogliamo dire che, più d'una volta, abbiamo diagnosticato una tubercolosi polmonare dove non esisteva che una intossicazione da ipoazotide.

Nè sapremmo escludere che, in rari casi, la impossibilità di controlli successivi ci abbia vietato di correggere errori diagnostici di tanta importanza. La rassomiglianza fra il reparto delle due malattie è, infine, tanto grande, da aver costituito un serio imbarazzo diagno-

FIG. 1.

stico anche quando già ci eravamo famigliarizzati con la nuova entità morbosa.

Ma tosse e dispnea, pure diminuiti, sono continuati talora per settimane. Nei gasati da una o più settimane noi abbiamo rilevato fatti catarrali poco evidenti o anche nulli, qualche zona di respiro diminuito; nessuna modificazione del fremito trasmesso nè del suono plessico.

La guarigione è intervenuta attraverso ad un miglioramento progressivo, mitigandosi prima la tosse e poi la dispnea da sforzo, senza reliquati di sorta.

L'affezione che abbiamo descritta non uscirebbe dalla banalità più comune se l'esame radiologico non ci avesse dimostrato quadri assolutamente imprevedibili, in quanto si possono sovrapporre perfettamente a quelli di certe forme tubercolari. Aggiungeremo anzi che la nostra esperienza non ha potuto compiersi

I quadri radiologici da noi constatati hanno rivestito due tipi: miliariforme e infiltrativo a nodi più o meno voluminosi, confluenti. La nostra raccolta radiografica non è molto numerosa, ma in compenso, estremamente significativa: le radiografie che seguono rendono perfettamente conto del nostro asserto.

CASISTICA.

CASO I. — Anni 57, contadino. Gentilizio negativo. Ha avuto la malaria a 31 anni. Ha preparato ripetute volte il solfato di rame.

Viene inviato in Ospedale il 18 aprile 1942-XX per visita clinica e radiologica. Accusa dolore all'emitorace destro, dispnea, tosse con escreato misto a sangue, astenia, anoressia, deperimento notevole.

Es. obl.: all'infuori di qualche sibilo, il reperto toracico è negativo, e nulla di particolare si rileva all'apparato circolatorio ed ai visceri addominali. Temp. 37,5.

Esame radiologico del torace: apici e parte delle regioni sottoclaveari chiari. Tutto il resto dell'ambito polmonare è gremito di chiazze opache e nodi di varie dimensioni ed intensità per lo più irregolari nella forma e nei margini, piuttosto tenui, a contorni sfumati, su fondo grigiastro. Tali formazioni che talora assumono l'aspetto di focolai acinosi e acino-nodosi risparmiano relativamente la base di sinistra.

Arcate diaframmatiche regolari, seni costodiaframmatici liberi.

Dalla spina della scapola fino quasi alla base i due emitoraci sono gremiti di chiazze opache amorfe e nodi di diverse intensità e dimensioni, a margini poco netti, sfumati, che al terzo medio tendono a confluire. Tali nodi, per dimensioni e caratteri morfologici, possono essere interpretati per focolai acinonodosi.

Al terzo medio di destra, metà ascellare, zona di maggiore opacità dovuta ad addensamento scissurale. Alle basi il reperto è più scarso. Arcate diaframmatiche regolari; seni liberi (vedi fig. 3).

Controllo radiografico 22 luglio 1942-XX.

Ambito polmonare chiaro, salvo una accentuazione della trama polmonare e delle ombre ilari bilateralmente. Al terzo medio di destra stria opa-

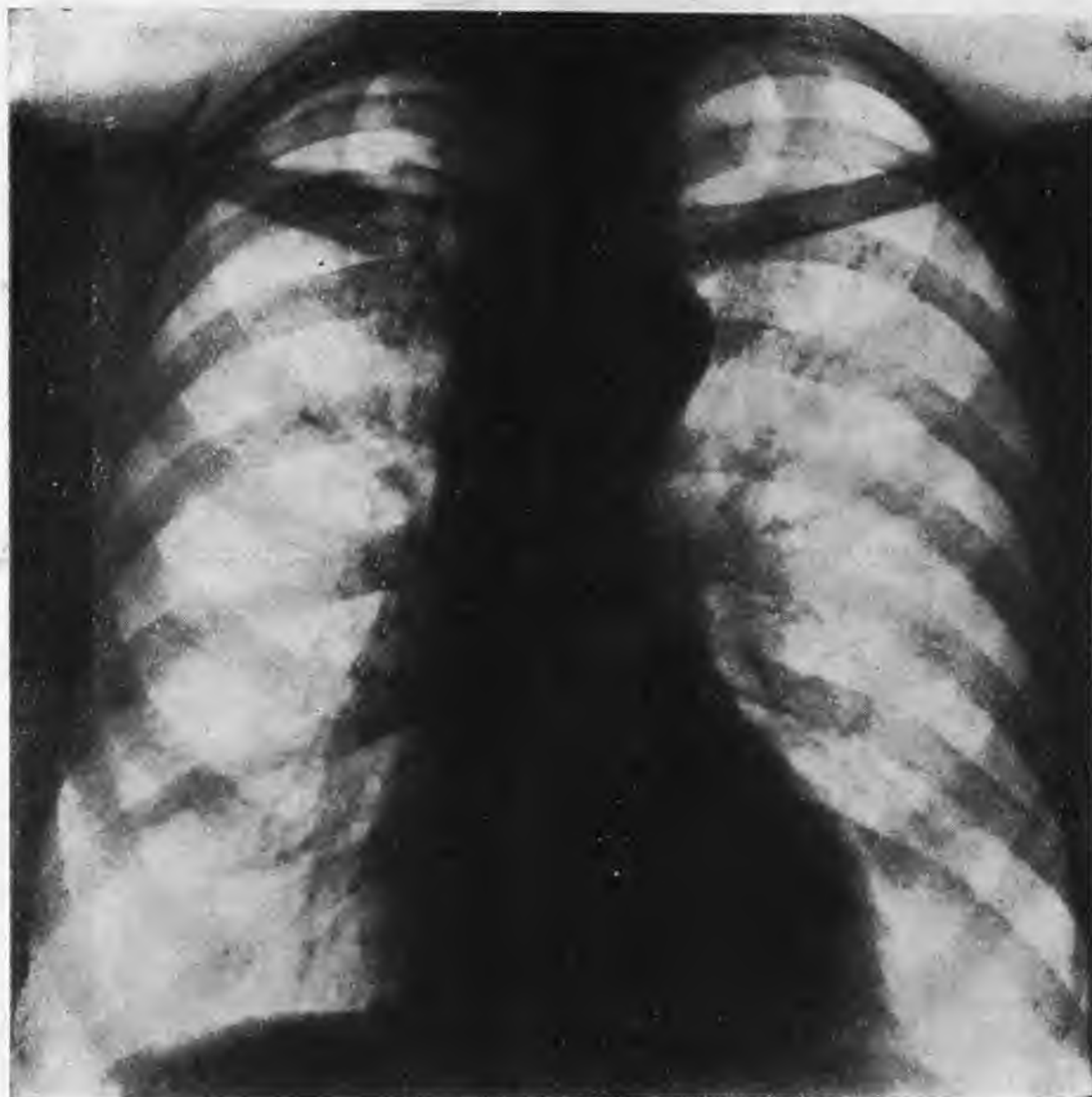



FIG. 2.

Ombra cardioaortica in limiti normali (vedi figura 1).

Controllo radiografico 6 maggio 1942-XX.

L'ambito polmonare appare chiaro. Persiste accentuazione della trama polmonare e lieve addensamento delle ombre ilari bilateralmente vedi figura 2).

CASO II. — Anni 52, contadino. Inviato in Ospedale per esame clinico e radiografico del torace il 27 maggio 1942-XX.

Gentilizio e anamnesi remota negativi. Afferma di avere, nel passato, preparato il solfato di rame e di averne inspirato i gas.

Accusa dispnea intensa, tosse insistente con espettorato striato di sangue, dolori toracici, astenia, dimagramento notevole.

Es. ob. negativo all'infuori di qualche sibilo e qualche rantolo sparsi.

Esame radiografico del torace: apici e regioni sottoclaveari chiare.

ca orizzontale filiforme dovuta alla scissura interlobare media. Arcate diaframmatiche regolari, seni liberi (vedi fig. 4).

CASO III. — Anni 72, venditore ambulante. Si presenta il 10 giugno 1942-XX. al Disp. Antitub. di Asti.

Gentilizio negativo. Nel passato qualche leggera bronchite nella stagione invernale. Afferma che otto giorni fà, nel preparare il solfato di rame, venne investito dal gas e da quel giorno non è più stato bene. Accusa dispnea, tosse, con escreato striato di sangue, sudori notturni, dolori toracici, anoressia, astenia intensa. Temp. 37°,8.

Es. ob. Nulla alla percussione nè all'ascoltazione salvo qualche crepito alle regioni sottospinose.

Esame radiografico del torace: velatura omagenea biapicale. Dalla clavicola fino poco sopra all'arcata diaframmatica i due emitoraci appaiono gremiti di chiazze opache e nodi a caratteri morfologici non bene definiti, di diverse dimensioni

ed intensità, a margini irregolari con tendenza a confluire al terzo medio, specialmente a destra ove si ha pure un addensamento della scissura. Tali formazioni inframezzate dal tessuto polmonare su fondo ora grigio, ora normalmente chiaro, risparmiano gli apici e le basi. Arcate diaframmatiche regolari. Seni liberi (vedi fig. 5).

FIG. 3.

FIG. 4.

Si presenta per un controllo clinico e radiografico il 4 luglio 1942-XX.

Es. ob.: alla percussione suono chiaro polmonare. All'ascoltazione respiro vescicolare su tutto l'ambito polmonare.

Esame radiografico del torace: regioni apicali ancora leggermente velate in modo omogeneo. I due emitoraci si sono notevolmente rischiarati; persiste l'accentuazione della trama polmonare; le formazioni opache sono più scarse, più minute, più tenui, sfumate, non più confluenti, pur conservando caratteri morfologici indefiniti. Le ombre ilari, invariate in superficie, appaiono meno intense. Basi polmonari chiare; arcate diaframmatiche regolari; seni liberi (vedi fig. 6).

CASO IV. — Anni 39, contadino. Gentilizio e anamnesi remota negativi.

Viene inviato in Ospedale il 3 giugno 1942-XX per visita radiologica. Afferma che otto giorni prima, in seguito alla preparazione del solfato di rame,

ebbe improvvisamente tosse con modiche emottisi che si sono ripetute giornalmente. Accusa dispnea, tosse con escreato abbondante, dolori epigastrici, sudori notturni; ancora lievi emottisi.

Appetito buono, digestione buona, discreto dimagramento; temp. 37° 3.

Es. ob.: espansioni toraciche regolari, suono di percussione chiaro, respiro aspro, non fatti umidi.

Esame radiografico del torace: regioni apicali chiare. Nel resto l'ambito polmonare appare fortemente torbido, a fondo grigio, per accentuazione della trama e per addensamento diffuso del parenchima che risparmia la base sinistra. Non si rilevano formazioni a caratteri morfologici definiti ma segni di infiltrazione a carattere quasi massivo. Arcate diaframmatiche regolari, seni liberi, escursioni diaframmatiche ampie (vedi fig. 7).

Controllo radiografico 18 giugno 1942-XX.

FIG. 5.

Non accusa più dispnea, non tosse, non escreato; benessere generale.

FIG. 6.

All'esame radiografico l'ambito polmonare appare chiaro, salvo una leggera accentuazione delle ombre ilari, tanto che si può giudicare trattarsi di restitutio ad integrum (vedi fig. 8).

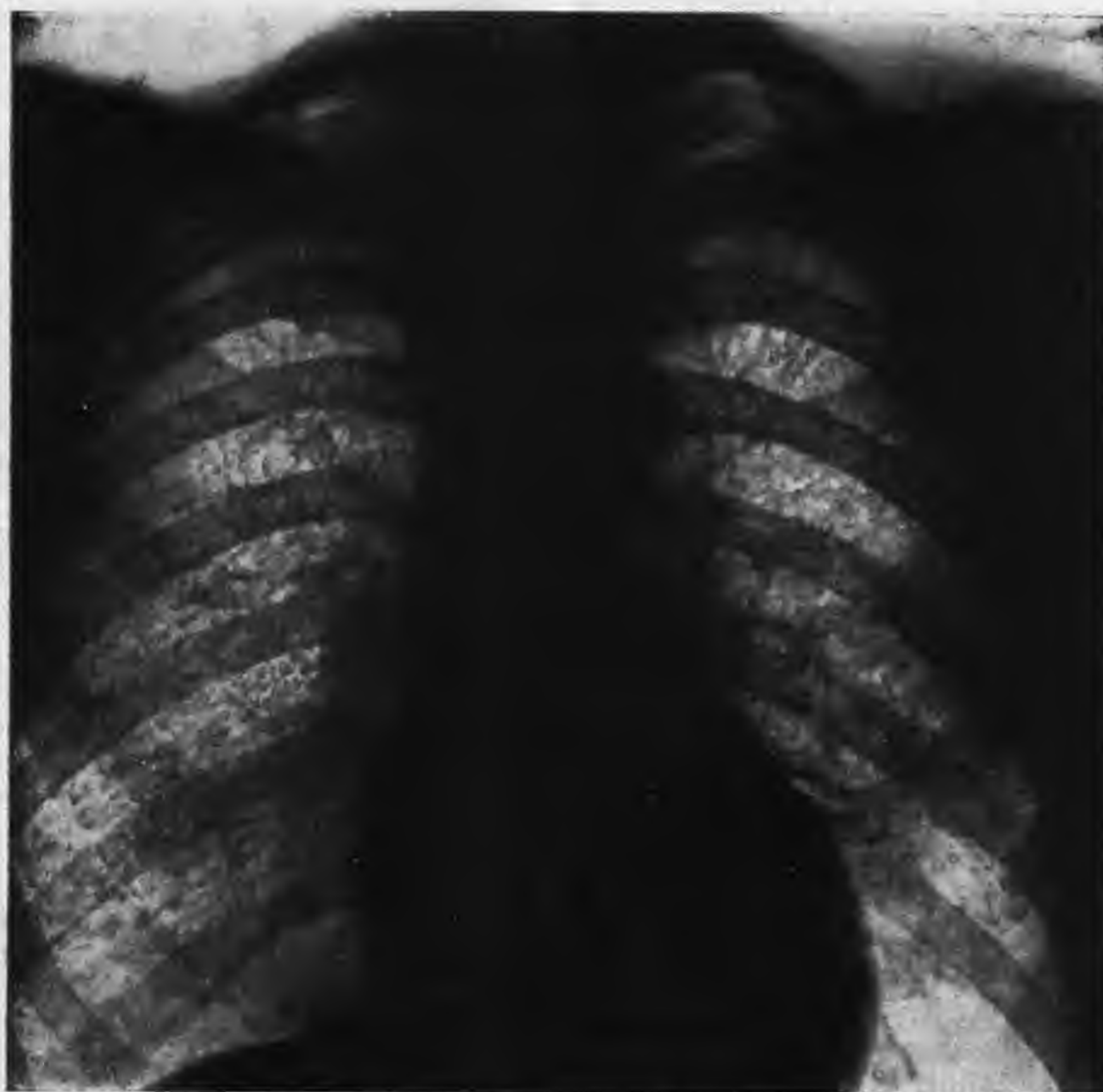



FIG. 7.

FIG 8.

Controllo radiografico 8 agosto 1942-XX.
L'ambito polmonare appare normalmente chiaro. Benessere perfetto.
Esame clinico negativo.

CASO V. — Anni 52, vetraio. Viene inviato in Ospedale per controllo radiografico il 19 giugno 1942-XX.
Dice di aver ripetutamente preparato il solfato di rame.
Accusa dispnea, tosse con escreato striato di sangue, dolori toracici, astenia, anoressia, dimagramento; temp. 37°,5.
Esame ob.: suono di percussione chiaro, respiro aspro.
Esame radiografico del torace: regioni apicali e sottoclaveari chiare.
In corrispondenza dei due terzi inferiori dei polmoni disseminazione di chiazze e nodi grossolani tenui a margini sfumati, confluenti alle regioni ilari e perilari.
Arcate diaframmatiche regolari, seni liberi. Ombra cardioaortica in limiti normali.
Il paziente si presenta a distanza di alcune settimane per controlli clinici e radiologici. È scomparsa la dispnea, fortemente diminuiti la tosse e l'escreato. Non accusa più dolori toracici; gli esami radiografici del torace dimostrano che l'ambito polmonare si è andato gradatamente rischiarando per la scomparsa delle chiazze e dei nodi. Persiste l'accentuazione della trama polmonare.

CASO VI. — Anni 41, bracciante agricolo.
Viene inviato al Disp. Antitub. di Asti il 27 giugno 1942-XX. Gentilizio e anamnesi remota negativi. Due mesi fa ha preparato il solfato di rame. Il paziente afferma di non averne avuto danno alla salute, avendo continuato a stare bene fino a otto giorni fa, quando incominciò ad accusare dispnea, dolori al torace, all'epigastrio e all'addome, tosse stizzosa con poco espettorato, anoressia, astenia, dimagramento; temp. 37°,3.
Esame ob.: alla percussione suono chiaro polmonare su tutto l'ambito.
Respiro vescicolare. Toni cardiaci puri e netti su tutti i focolai di ascoltazione.
Reperto radiografico del torace: regioni apicali e sottoclaveari chiare. Dalle spine scapolari fino quasi alle basi notevole diminuzione diffusa della trasparenza dovuta ad accentuazione della trama polmonare e ad una disseminazione di chiazzette opache e di noduli di diverse intensità e dimensioni, per lo più minuti, tenui, a margini sfumati, confluenti alle regioni periliari inferiori Reperto più accentuato a sinistra ove è relativamente interessata anche la base.
Non segni di regresse pleuriti.
Controllo radiografico 26 luglio 1942-XX.
Ambito polmonare quasi chiaro; persiste accentuazione della trama polmonare e rare, piccole, tenui chiazzette e noduli fini sparsi al terzo medio bilateralmente.

CASO VII. — Anni 50. Inviato per esame radiografico del torace, il 9 luglio 1942.
Esame ob.: un po' deperito, sofferente; numerosi sibili e ronchi diffusi sul torace.
Esame radiografico del torace: regioni apicali e sottoclaveari chiare bilateralmente. Nel resto dell'ambito polmonare diminuzione della trasparenza diffusa, dovuta a forte accentuazione della trama e a disseminazione di piccole chiazze opache e noduli fini che fanno pensare ad una forma di miliare discreta cronicizzante. Anche le basi sono interessate, per quanto meno intensamente.
Arcate diaframmatiche regolari; seni liberi.
Controllo radiografico 10 agosto 1942-XX.
Ambito polmonare chiaro.
Esame ob.: il paziente accusa benessere completo. Suono di percussione chiaro, respiro vescicolare su tutto l'ambito.

CASO VIII. — Anni 41, contadino.
Si presenta al Disp. Antitub. di Asti il 18 luglio 1942-XX.
Ha preparato ripetutamente il solfato di rame e ne ha inspirato i gas. Dice che da dieci giorni ha febbre modica, affanno di respiro, tosse con espettorato striato di sangue, dolori toracici, sudori notturni, astenia, dimagramento.
Esame ob.: nulla alla percussione del torace; all'ascoltazione respiro vescicolare a destra. Alla regione interscapolare sinistra respiro granuloso.
Esame radiografico del torace: regioni apicali chiare; dalla clavicola alla base diminuzione discreta della trasparenza bilateralmente, più accentuata a sinistra per accentuazione della trama polmonare e per la presenza di piccole chiazze opache e noduli sparsi su tutto l'ambito, più evidenti alle regioni ilari e perilari. Arcate diaframmatiche regolari, seni liberi. Ombra cardioaortica in limiti normali.
Non si è ancora presentato per il controllo clinico e radiografico.

CASO IX. — Anni 51, contadino.
Si presenta al disp. Antitub. di Asti il 26 luglio 1942-XX.
Interrogato, dice di aver preparato il solfato di rame tre mesi fa.
Gentilizio e anamnesi remota negativo.
Accusa, da quindici giorni dolori al torace, dispnea, tosse stizzosa con espettorato piuttosto copioso, sudori notturni, astenia, dimagramento, appetito conservato.
Esame ob.: alla percussione suono chiaro su tutto l'ambito polmonare.
All'ascoltazione respiro vescicolare.
Esame radiografico del torce: alle regioni apicali e sottoclaveari chiarezza normale. Dalla spina scapolare fino alla base diminuzione discreta della trasparenza dovuta ad accentuazione del disegno polmonare ed a modica disseminazione di chiazzette opache e noduli, più copiosi alle regioni ilari e perilari e che risparmiano relativamente le basi.
Arcate diaframmatiche regolari; seni liberi.
Non si è ancora presentato per il controllo clinico e radiografico.

CASO X. — Anni 25, contadino.
Inviato in Ospedale per controllo radiografico del torace il giorno 5 agosto 1941-XX.
Ha preparato il solfato di rame due mesi e mezzo fa. Da allora ha accusato malessere generale, dispnea, tosse con escreato abbondante; non sangue. Temp. 37°,5.
Ha preparato ancora il solfato di rame quindici giorni fa. In seguito i disturbi soggettivi sono aumentati; è insorta astenia, anoressia; il paziente afferma di essere diminuito di circa 10 kg.

Sudori notturni profusi.

Esame ob.: espansioni toraciche buone; alla percussione suono chiaro s tutto l'ambito. All'ascoltazione respiro aspro. Non segni di fatti umidi.

Esame radiografico del torace: regioni apicali chiare; dalla clavicola fino alla base notevole diminuzione della trasparenza per forte accentuazione della trama polmonare e per la presenza di chiazze opache e di noduli disseminati, meno accentuati alle basi. Arcate diaframmatiche regolari, seni liberi costodiaframmatici; ombra cardioaortica in limiti normali.

Il paziente si presenterà fra qualche settimana per il controllo clinico e radiografico.

CASO XI. — Anni 35, contadino. Si presenta per l'esame clinicoradiologico il 10 agosto 1942. Gentilizio e anamnesi remota negativi.

Dice di aver ripetutamente preparato il solfato di rame. In seguito a tale lavoro aveva accusato dispnea, tosse e malessere generale, ma, a detta del paziente, si trattava di fenomeni piuttosto lievi, che si dileguavano in breve tempo per cui non aveva creduto necessario interpellare il medico, tanto più che era lontano dal pensare che la causa del suo malessere fosse il gas inspirato in così piccola quantità.

Venti giorni fa ha preparato ancora il solfato di rame.

La dispnea e la tosse si sono notevolmente accentuate; è comparsa anoressia, astenia, deperimento notevole. Per tale aggravamento il paziente si è rivolto a noi.

L'esame obiettivo del torace è negativo, salvo qualche sibilo.

Esame radiografico del torace: apici e regioni sottoclaveari chiare. In tutto il resto dell'ambito notevole diminuzione di trasparenza dovuta ad accentuazione della trama e disseminazione di fini noduli tenui, sfumati che rispettano solo le estreme basi.

Arcate diaframmatiche regolari; seni liberi.

Il paziente si presenterà tra qualche settimana per un controllo clinico e radiografico.

Potremmo far seguire ancora altre osservazioni di malati visti ambulatoriamente senza controllo radiologico. Parecchi di questi pazienti presentavano forme abbastanza severe (particolarmente per la dispnea). Tra questi (citiamo a titolo di curiosità) si è trovato un contadino cinquantenne che si è gasato del tutto innocentemente mentre passava cantando su una strada, al di sotto della quale si stava preparando il solfato di rame.

Un altro caso riguarda un contadino affetto da una forma altamente febbrile, oggetto di controversia fra due medici, dei quali l'uno sosteneva trattarsi di asma bronchiale, l'altro trattarsi di broncopolmonite.

Ma, come è già stato detto, è estremamente probabile che più di una volta ci sia occorso diagnosticare come bronchiti banali o forme asmatiche intossicazioni da ipoazotide.

In questi casi non si è trattato, comunque, di dover discriminare tra affezioni respiratorie acute e tubercolosi polmonare; nessun dato clinico ci poteva suggerire questa ultima diagnosi, la quale, in certi casi si è insinuata nella mente dei malati e di medici, grazie a quelle circostanze che già abbiamo ricordato: cioè emottisi, deperimento, febbricola, e, per un singolare mimetismo radiologico, ha potuto assumere parvenze della più grande probabilità, se non della certezza.

Le radiografie riprodotte documentano infatti, crediamo, la nostra asserzione della somiglianza tra i reperti di alcuni gasati e certi reperti di tubercolosi. D'onde la necessità di accogliere elementi diagnostici che possano differenziare due affezioni tanto lontane nell'essenza e sopratutto nella prognosi.

L'elemento diagnostico più importante, è senza dubbio quello eziologico: ma, come già è stato detto, non sempre si arriva al segno o perchè il malato non ha dato importanza all'intossicazione o perchè non ha creduto opportuno confessarla. Finchè durerà la situazione attuale, sarà dunque necessario indagare con tutte le risorse di una anamnesi accurata, specialmente quando i pazienti, di solito nella età media, sono immuni da precedenti personali e familiari di natura tubercolare. L'esame clinico e radiologico dovrà poi essere completato da quelle indagini che possono radicare con sicurezza la diagnosi. Un elemento differenziale di una certa importanza è offerto dalla dispnea dei gasati, dispnea che non è mai così accentuata nemmeno nelle forme miliari tubercolari, tanto meno nelle forme infiltrative.

L'assenza o la scarsità del reparto ascoltatorio è meno probativa per una diagnosi differenziale, essendo noto come anche nella tubercolosi polmonare il reperto ascoltatorio possa essere scarsissimo o anche nullo (forme miliari). Costituisce invece elemento di grande importanza l'assenza di segni plessici, che non mancano quasi mai nella tubercolosi.

I quadri radiografici del torace di questi gasati, pur presentando nell'insieme molti caratteri di affinità fra di loro, sono, nei particolari, sensibilmente differenti, il che può essere dovuto alla epoca in cui l'esame è stato eseguito, alla quantità dei gas inspirati, alla resistenza dell'individuo, e quindi all'azione di difesa contrapposta dall'organismo stesso, elementi che, nel caso speciale, come in altre malattie polmonari, prima fra tutte la tubercolosi, non ci permettono di ottenere quadri tipici, costituiti solamente da elementi nettamente differenziati.

Criteri anamnestici e clinici ci fanno escludere l'eventualità di forme di carcinosi miliare, di pneumoconiosi, di actinomicosi.

*

La tubercolosi, nelle sue forme di miliare acuta e specialmente nella subacuta e cronica con fibrosi interstiziale e di broncopolmonite caseosa a piccoli nodi, per i suoi caratteri morfologici si imponeva per una diagnosi differenziale. Per queste forme, purtroppo, nelle primissime osservazioni non fu sempre evitato l'errore di natura. Nella tubercolosi miliare acuta, per quanto il reperto clinico non soccorresse in modo decisivo (data l'assenza assoluta o quasi di segni ascoltatori) tuttavia la finissima disseminazione di noduli uguali tra di loro, distribuiti in modo uniforme, spesso simmetrico e generalizzato ci potrebbe offrire elementi differenziali abbastanza probativi. Meno decisivi sono i caratteri differenziali della miliare cronica e della broncopolmonite caseosa a piccoli nodi. Nei gasati sono sempre risparmiati gli apici, le regioni sottoclaveari e spesso le basi.

Non abbiamo mai riscontrato ombre chiare attribuibili a fusione come nelle forme infiltrative; mentre è noto come nella tubercolosi ulcerocaseosa e fibroulcerosa sia assai raro non trovare caverne o cavernule od altri segni di fusione.

Ai fini di una diagnosi precisa, nulla potrà contribuire più sicuramente che una osservazione ripetuta a distanza: il che non è purtroppo sempre facile ottenere.

Il meccanismo d'azione dell'ipoazotide può parere molto semplice ad un esame superficiale, i vapori di questa sostanza essendo (la cosa è nota da molto tempo), per sè stessi irritanti. Crediamo tuttavia, per motivi di indole chimica, che questo meccanismo sia alquanto più complesso. L'ipoazotide, infatti, giunta in contatto con le mucose, per l'umidità di queste può andare incontro ad una trasformazione secondo il processo seguente:

$$2\ NO_2 + H_2O = HNO_2 + HNO_3$$

cioè dar luogo a formazione di acido nitroso e acido nitrico .

Indagini che non abbiamo potuto compiere, darebbero conto dello esatto meccanismo clinico d'azione.

In ogni modo è certo che l'azione irritante del gas provoca sulla mucosa tracheobronchiale e, forse più in basso negli alveoli, immediate lesioni di carattere necrotico. A queste lesioni immediate segue un processo più complesso e più profondo, a carattere reattivo.

Anche senza voler sforzare l'interpretazione radiologica a conclusioni anatomopatologiche, possiamo affermare che il quadro radiologico documenta la presenta di accumuli più o meno voluminosi, lobulari o plurilobulari, di materiali molto densi.

Non si può trattare adunque, di semplice ristagno di secrezione bronchiale per abbondante che sia e neppure di congestione: dobbiamo presumere, invece, che a questi due fattori si associno elementi reattivi del tessuto con caratteri produttivi veri e proprii, cioè con forte essudazione e proliferazione cellulare.

Di più non è lecito dire: ed è augurabile che nessun reparto anatomopatologico venga ad illuminarci in proposito. Comunque, le radiografie dimostrano come gravi possano essere le lesioni e spiegano anche come il processo di riparazione possa protrarsi per settimane e mesi, dando luogo ad una vera seconda malattia, che, all'infuori delle alterazioni polmonari, provoca importanti e diffusi risentimenti dello stato generale.

RIASSUNTO

Viene riferito su intossicazioni da ipoazotide avvenute in occasione della fabbricazione clandestina di solfato di rame. L'intossicazione provoca lesioni polmonari gravi, che, radiologicamente, possono simulare quadri di tubercolosi. Le lesioni polmonari sono quasi sempre regredite completamente.

OSSERVAZIONI CLINICHE

ISTITUTO DI CLINICA PEDIATRICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore Sen. Prof. L. SPOLVERINI

Sulla prognosi della meningite pneumococcica dell'infanzia in rapporto alla terapia sulfamidica.

Esperienza di venticinque casi osservati nell'ultimo biennio.

A. COLARIZI, 1° aiuto e libero docente
I. BIDDAU, aiuto e libero docente

(Continuazione e fine; v. num. preced.).

Nel caso II, bambino di 10 anni, in cui la meningite era stata causata da un pneumococco tipo I, non è da escludersi che si sia trattato di una forma attenuata della malattia, in considerazione del contrasto tra la notevole reazione citologica presente nel liquor e la negatività del reperto batterioscopico diretto. Tuttavia non intendiamo svalutare l'azione del trattamento, precocemente intrapreso già al domicilio del malato (2° g. m.), sia pure in dosi modeste, e poi continuato in Clinica a dosi veramente terapeutiche, con introduzione della sulfopiridina anche nel rachide.

Ma dove si è rivelata nel modo più evidente l'efficacia della sulfopiridinoterapia è nel caso VIII, in cui la meningite, di indubbia

gravità per l'imponenza sia delle manifestazioni cliniche, che delle alterazioni liquorali, era sostenuta da un pneumococco tipo II. Da notare inoltre che la meningite era complicata da broncopolmonite. L'evoluzione della malattia può in questo caso riassumersi in tre fasi: 1°) Notevole e rapido miglioramento della meningite e dello stato generale nel primo settenario di degenza, sotto l'azione della sulfopiridina per os ed endov. alla dose di gr. 0,20 pro chilo. 2°) Improvviso aggravamento del quadro clinico e liquorale con ricomparsa del pneumococco 60 ore dopo la sospensione del trattamento, la cui ripresa, seppure a dosi ridotte (0,11 pro chilo), determinava nuova regressione del quadro morboso. 3°) Accenno ad un secondo peggioramento, subito stroncato da un'intensificata terapia sulfopiridinica, associata a sieroterapia endorachidea e a due emotrasfusione.

Da questo momento la paziente si avvia decisamente verso la completa guarigione, che si manterrà anche dopo la definitiva sospensione del trattamento.

Questa paziente aveva ricevuto complessivamente gr. 59,25 di sulfopiridina senza disturbi tossici evidenti, ove si eccettui la tendenza ad una modica leucopenia.

Il caso XXII riguarda un lattante di mesi 4, che aveva presentato, nonostante l'imponente sintomatologia, uno scarso e saltuario reperto di pneumococco (tipo III) nel liquor. Anche in questo caso la terapia sulfopiridinica, attuata per via orale e parenterale a dosi generose (0,4-0,25 pro chilo) e associata a due emotrasfusioni, è valsa a debellare la malattia. Complessivamente furono in questo caso somministrati gr. 26 del medicamento, quantità assai elevata in considerazione dell'età del paziente, con la sola manifestazione tossica di un fugace esantema morbilliforme generalizzato.

Da quanto abbiamo esposto sembrerebbe doversi concludere per una efficacia del trattamento s. piridinico notevolmente maggiore nelle meningiti pneumococciche della terza infanzia (2 guariti su 3) in confronto al quasi totale fallimento di esso nelle forme della prima infanzia, tanto più evidente se si considera che il solo lattante guarito su 19 casi potrebbe forse rientrare (per lo scarso reperto di pneumococchi nel liquor) in quell'esiguo gruppo di casi eccezionalmente guariti nel passato anche senza alcuna terapia di particolare valore. Questo quasi totale insuccesso nella prima infanzia potrebbe trovare spiegazione da un lato nella estrema acutezza e gravità con le quali la m. pneumococcica insorge ed evolve nel lattante (in cui con frequenza molto maggiore rispetto alle altre età si assiste, almeno secondo la nostra esperienza, ad una vera invasione di pneumococchi nel liquor, che appare come una coltura del germe, in contrasto con la reazione cellulare scarsa o quasi nulla); dall'altro lato nelle particolari condizioni del terreno organico, essendo nota la scarsa reazione immunitaria e resistenza del lattante verso le infezioni massive in genere e quelle da pneumococco in particolare. È sopratutto in base a tale considerazione che nei nostri casi abbiamo, quasi costantemente, associato alla terapia sulfopiridinica, le trasfusioni di sangue, senza tuttavia riuscire ad evitare l'esito fatale.

Parimenti non possiamo rilevare alcun miglioramento della prognosi nel lattante dall'associazione della sieroterapia pneumococcica polivalente, come pure dall'introduzione di sulfamidici nel rachide e (in due casi) dall'autovaccinoterapia.

Tuttavia in qualche soggetto in tenera età abbiamo potuto osservare quella *prolungata sopravvivenza*, sulla quale ha già richiamato l'attenzione Appelbaum. Infatti, mentre dalla casistica della nostra Clinica, prima dell'era sulfamidica, risulterebbe una durata media della malattia da 4 a 5 giorni, nei bambini compresi nella casistica attuale l'*exitus* si è verificato in VI g. m. (2), in VII (1), in IX (1), in X (1), in XI (1), in XIII (1), in XVII (1), in XVIII (1) ed oltre il XXV giorno (2 casi).

Sopratutto i due casi III e XX, poc'anzi descritti, ci sembrano interessanti, oltre che per l'eccezionale sopravvivenza (26 e 35 giorni) — da ascriversi senza dubbio ai molteplici tentativi terapeutici attuati e in primo luogo all'intensa terapia sulfamidica — anche per le particolarità di decorso presentate.

Nel caso III alla terapia sulfopiridinica (praticata per via orale, intramuscolare e anche intrarachidea) furono in primo tempo associate 4 emotrasfusioni ed autovaccino, in secondo tempo sieroterapia antipneumococcica.

Nel caso XX furono usati tanto la piridina che il tiazolo per via orale, endovenosa ed endomuscolare — ed in secondo tempo l'albucid — con dosi di attacco elevate (0,4 pro chilo) e con un totale di ben gr. 73,5 di sulfamidici, dose altissima per un bambino di due anni. In questo caso furono praticate anche la sulfamidoterapia endorachidea ed inoltre 6 trasfusioni ed autovaccino.

Eppure in entrambi i casi, nonostante così energico e laborioso trattamento non si riuscì ad evitare l'esito letale!

Tuttavia non si può non riconoscere nell'e-

voluzione di questi casi una chiara azione della chemioterapia ad alte dosi. Chi ha seguìto giorno per giorno i malati — e ciò forse risulta abbastanza evidente anche nel nostro breve riassunto clinico — può testimoniare che il miglioramento raggiunto in diverse fasi della malattia era stato tale da suscitare fondate speranze di guarigione. Basterebbe seguire i diversi reperti del liquor (periodicamente sterile alla coltura e quasi limpido) per convincersi come entrambi i casi abbiano più volte mentito l'annientamento dell'infezione pneumococcica.

Si potrebbe pensare che la terapia sulfamidica sia stata troppo presto sospesa; ma dalle annotazioni cliniche essa risulta quanto mai generosa e prolungata, così come risulta giustificata la sua sospensione e poi la sua ripresa al primo accenno di recidiva della flogosi meningea. Gli è che in questi casi a decorso protratto il focolaio di sepsi nelle meningi non si è mai spento del tutto e sempre nuove ondate di pneumococchi hanno dilagato nel liquor; ovvero si era stabilito, come nel caso XX, un altro focolaio di sepsi nel midollo osseo, resistente ad ogni trattamento chemioterapico e forse punto di partenza delle recidive meningee.

Verosimilmente all'azione batteriostatica — ormai generalmente riconoscouta ai preparati sulfamidici — è venuta a mancare quella indispensabile difesa organica, umorale e tissurale, necessaria per la definitiva distruzione del germe. Per cui si spiegherebbe, come — cessata con la sospensione del medicamento l'azione batteriostatica — una parte dei germi dotati ancora di virulenza sia stata in grado di moltiplicarsi e di riaccendere la flogosi meningea.

Talvolta durante il trattamento chemioterapico abbiamo avuto coltura sterile da un liquor, in cui all'esame diretto potevano ancora riconoscersi alcuni pneumococchi. Ed infatti l'ulteriore decorso ha dimostrato la ripresa del processo meningeo. Tale osservazione ci sembra di un certo interesse pratico, poichè induce a diffidare di qualche coltura negativa in corso di trattamento sulfamidico (1).

***

Volendo riassumere in breve i risultati delle nostre osservazioni potremmo così concludere:

a) in venticinque casi di meningite pneumococcica dell'infanzia si è osservato una mortalità dell'88 % (84 % se si escludono i deceduti entro il primo giorno di cura), nonostante l'impiego di dosi non di rado fortissime di sulfamidopiridina, introdotta per diverse vie;

b) tre casi guariti riguardano un bambino di 10 anni, uno di 9 anni ed un lattante di 4 mesi. In quest'ultimo peraltro l'infezione si era presentata in forma relativamente attenuata (scarsi germi nel liquor);

c) l'efficacia delle altre terapie associate al trattamento chemioterapico (emotrasfusioni, siero antipneumococcico, autovaccino) non è stata in genere evidente;

d) con una generosa terapia sulfopiridinica si è ottenuto in diversi casi un andamento subacuto della malattia con esito letale ritardato di alcune settimane;

e) la prognosi attuale della meningite pneumococcica, se non del tutto infausta, deve ritenersi ancora gravissima per la prima infanzia; meno grave, ma tuttavia sempre molto riservata, per la seconda e terza infanzia.

Come il radicale piridinico e tiazolico nei sulfamidici hanno trasformato così decisamente la prognosi della meningite meningococcica dell'infanzia, non esclusa l'età del lattante, così forse i futuri progressi della chemioterapia condurranno alla scoperta di altri preparati meglio adatti a mutare radicalmente la prognosi gravissima della meningite pneumococcica della prima infanzia.

RIASSUNTO.

Vengono riferiti i risultati ottenuti con la terapia sulfamidopiridinica in 25 casi di meningite pneumococcica osservati nella Clinica Pediatrica di Roma nell'ultimo biennio, appartenenti per la maggior parte alla prima infanzia. La mortalità è stata elevata (84 %) nonostante le dosi per lo più assai generose dei sulfamidici e l'associazione in molti casi della sieroterapia e di ripetute emotrasfusioni.

Gli AA. ritengono che la prognosi della meningite pneumococcica nell'infanzia debba considerarsi ancora molto grave; gravissima nel lattante.

Oltre a tre casi guariti, vengono descritti alcuni casi ad esito letale, in cui la terapia aveva prolungato notevolmente la durata della malattia.

BIBLIOGRAFIA.

BARCAGLIA. Atti del XVII Congr. It. Ped., Napoli, pag. 540, 1940.
BRUCELLATO. Med. Inf., I, 1942.
COLARIZI. Ann. d'Igiene, 1942.

(1) Ricerche sistematiche recentemente condotte nella nostra Clinica da De Sanctis e Canganella hanno dimostrato che in terreni speciali è possibile coltivare lo pneumococco (o altri germi) da essudati di soggetti in trattamento sulfamidico, anche quando le colture negli usuali terreni erano risultati sterili.

DARDANI. Atti del XVII Congr. It. Ped., Napoli, parte I. 247. 1940.
ID Atti del XVII Congr. It. Ped., Napoli, parte II. 545.
DE SANCTIS-MONALDI e CANGANELLA. Atti e Boll. della R. Acc. Med. di Roma. 1942.
DONEDDU. Il Policlinico, Sez. Pratica, 17, 1941.
FERRARI. Atti del XVII Congr. It. Ped., Parte II, 569. 1940.
FERRETTI e COPPO. Forze sanitarie, 9, 3, 1940.
GORINI. Il lattante, XII, 1930.
MARCONI e SCALFI. Il Policlinico, Sez. Pratica, 1487, 1940.
SCHIAVINI. Polic. Inf., 9, 1941.
VERROTTI. Med. Inf., II, 89, 1940.

Per gli altri AA. citati si rimanda in particolare agli « Atti del XVII Congr. It. Ped. » ed ai lavori di DONEDDU e di DARDANI.

SUNTI E RASSEGNE

MISCELLANEA.

Un caso di sindrome di Morgagni-Morel.

(J. A. CHAVANY. *La Presse Méd.*, 16 dicembre 1941).

L'iperostosi frontale interna associata con l'obesità e vari disturbi endocrini e nervosi, sindrome scoperta e per la prima volta descritta da Morgagni nel 1765, è stata oggetto, in questi ultimi anni, di parecchi studi clinici e radiologici da parte di scienziati italiani, fra i quali il Lucherini, e stranieri: lo svizzero Ferdinand Morel, per esempio, ne ha osservati personalmente 36 casi e circa un centinaio ne ha potuto raccogliere dallo spoglio della letteratura; in ragione dell'importante contributo recato da questo Autore alla moderna conoscenza di tale rara forma morbosa, lo Chavany, pubblicandone un nuovo caso, parla di sindrome di Morgagni-Morel.

L'iperostosi frontale interna è più frequente nella donna che nell'uomo; si manifesta nell'età matura, dopo i 35 e specialmente dopo i 60 anni. Può osservarsi associata a processi morbosi cerebrali quali la paralisi progressiva, i tumori della regione sellare, l'arteriosclerosi cerebrale, l'epilessia, la malattia di Alzheimer; oppure a malattie di cui la caratteristica principale è una compromissione dell'ipofisi, quali la distrofia adiposo-genitale, l'acromegalia, il morbo di Cushing; altre volte invece — e sono questi i casi di gran lunga più interessanti — la sindrome di Morgagni è isolata e la diagnosi, che allora s'impone mentre è a rigore di secondaria importanza quando si tratti di una semplice associazione morbosa, poggia sui seguenti sintomi, oltre ad essere grandemente aiutata dall'indagine radiologica che dimostra in maniera sicura la presenza dell'iperostosi:

1) l'*obesità*, che può essere notevolissima e che colpisce torace, addome, fianchi, nuca e i segmenti prossimali degli arti, mentre risparmia il volto e i segmenti distali degli arti; tale obesità si sviluppa rapidamente ed è soggetta a brusche e rilevanti oscillazioni della sua entità;

2) l'*astenia*, piuttosto muscolare che non nervosa o psichica, che è in contrasto con l'apparenza florida del malato e che pure è spesso così intensa da permettere soltanto una limitatissima attività fisica e da ridurre quindi in proporzione la capacità lavorativa;

3) i *disturbi mestruali*, che tuttavia possono mancare; quando sono presenti, possono essere rilevanti e comparire precocemente;

4) la *cefalea*, che di solito è frontale, meno acuta di quella data dai tumori cerebrali, ma ostinatissima, tale da obbligare i malati a ricorrere a preparati analgesici con grande frequenza e per periodi di tempo lunghissimi; tale infine da produrre dei disturbi psichici secondari.

L'indagine radiologica dimostra chiaramente la presenza dell'iperostosi a carico della faccia endocranica del frontale: tale iperostosi ha, nei radiogrammi, un aspetto particolare, mammellonato e verrucoso, e si arresta dietro il solco della meningea media; radiografie ripetute a distanza di tempo l'una dall'altra permettono di seguire lo svilupparsi del processo iperostosico, il quale si inizia nella parte verticale del frontale e si estende poi in tutte le direzioni.

Quanto ad altre ricerche collaterali, va notato che, nella sindrome di Morgagni, il dosaggio del calcio nel sangue fornisce valori talvolta molto superiori alla norma, tal'altra normali e che il metabolismo basale risulta di solito diminuito.

J. A. Chavany ha studiato accuratamente un caso di sindrome di Morgagni, che egli ha avuto occasione di seguire per l'assai lungo periodo di otto anni: si tratta di una donna di 60 anni, di nazionalità italiana, appartenente a una famiglia numerosa (sette fratelli e tre sorelle) che non presenta alcuna tara morbosa.

Mestruata a 13 anni, si è maritata a 15 anni e ha avuto tre figlioli che hanno sempre goduto ottima salute e hanno ormai tutti più di quarant'anni. A 18 anni, essa pesava 50 kg., un peso normale, cioè, in rapporto alla sua statura che è di m. 1,57; ma verso i 25 anni cominciò a ingrassare notevolmente e l'aumento del peso corporeo continuò in maniera progressiva nei cinque anni successivi tanto che, a 30 anni, la malata pesava ben 95 kg.; da allora l'obesità non è più scomparsa, pur essendosi verificata una fase di dimagramento con perdita di 18 kg., e la malata pesa kg. 83. Le mestruazioni sono state normali fino all'età di 35 anni, quando comparvero metrorragie causate da una metrite emorragica: a 39 anni, ogni cura medica essendo risultata inefficace di fronte al ripetersi delle metrorragie, la malata dovette essere operata di isterectomia. Poco tempo dopo cominciò ad accusare un'aste-

nia, progressivamente sempre più intensa (senza che vi fossero fenomeni paretici) che un po' alla volta è diventata tale da render faticoso e penoso ogni piccolo sforzo, ogni lavoro anche lieve (la malata faceva la cuoca). All'astenia si è in seguito aggiunta una cefalea, localizzata alla regione temporale sinistra con irradiazioni dolorose verso la nuca e, nei movimenti di rotazione del capo, verso le spalle: cefalea continua, diurna e notturna, più acuta in alcuni giorni, meno acuta in altri.

Non vi è mai stato vomito, nè vertigine, nè disturbo alcuno della vista o dell'equilibrio o della parola. Per questa cefalea, che dura da molti anni, la paziente si è fatta ripetutamente ricoverare in vari ospedali, ma ogni tentativo terapeutico si è dimostrato inutile: pur essendo la R. W. risultata negativa nel sangue e nel liquor, le sono state parecchie volte praticate anche cure antiluetiche, che però non le hanno arrecato il minimo beneficio.

I dati principali messi in evidenza dall'esame obbiettivo sono i seguenti: obesità generalizzata, che risparmia soltanto la faccia, il collo e le estremità degli arti; aspetto un po' mascolino del volto; sistema pilifero normale per sviluppo e distribuzione; varici e disturbi di circolo a carico degli arti inferiori; segni di reumatismo cronico (p. es. deformazione delle dita delle mani e dei piedi); nulla di patologico a carico del sistema nervoso, nè della tiroide, nè dell'ipofisi (non poliuria, non polidipsia, non polifagia); la palpazione del cranio esacerba il dolore, ma non rivela alcuna deformità cranica esterna; dal punto di vista psichico, iperemotività costituzionale e stato depressivo secondario; lo stato generale è florido, mentre la paziente si lamenta continuamente sia della cefalea che dell'astenia. La pressione arteriosa è di 160/90; il metabolismo basale è un po' aumentato: +12; la calcemia, determinata due volte, è risultata essere una volta di mg. 10,92%, un'altra volta di mg. 11,40%; il valore della fosfatasi ematica è di 0,36.

Lo studio radiografico del cranio ha permesso di porre la diagnosi esatta, dimostrando la presenza di due formazioni iperostosiche simmetriche, sviluppatesi sul tavolato interno delle bozze frontali. Tale studio ha inoltre posto in evidenza uno sviluppo anormale dei seni frontali, una sella turcica piccola e delle apofisi clinoidee massicce; infine l'assenza di altri noduli iperostosici in altri punti del cranio. L'encefalografia gasosa per via lombare ha mostrato ventricoli cerebrali normali per forma, dimensioni e posizione; l'encefalografia è stata seguita da una remissione, per alcuni mesi, della cefalea.

Durante otto anni di cure, Chavany ha rivolto i suoi sforzi specialmente contro l'astenia e la cefalea, mediante ioduroterapia endovenosa intensiva, iniezioni endovenose di cianuro di mercurio, radioterapia semipenetrante e penetrante; naturalmente ha anche messo in opera una terapia endocrina: estratti ovarici, follicolina, polvere di ipofisi per via nasale. Con ciò egli ritiene di aver forse ottenuto un arresto del processo iperostosico, nessun nuovo sintomo essendo venuto ad aggiungersi a quelli descritti, e una stabilizzazione delle condizioni della malata, senza tuttavia aver potuto dominare, se non transitoriamente e per brevi periodi, la cefalea.

A. B.

Cura delle infezioni congiuntivali e specialmente del tracoma.

(R. SCHINDLER, *Kin. Mbl. Augenhk.*, 108, 420, 1942).

Nella prima Clinica Oculistica Universitaria di Vienna l'A. ha curato varie forme infettive della congiuntiva esclusivamente con Albucid per bocca, usando le dosi di Lorenz di gr. 0,03 per kg. di peso del corpo al giorno, per 20-30 giorni, oppure con dosi d'urto cioè di 3 tavolette due volte al giorno il primo giorno (gr. 4,5), 3 due volte il secondo e terzo giorno (gr. 3), poi tre giorni di riposo e ripetizione della cura; nei bambini mezza tavoletta tre volte al giorno. La somministrazione prolungata anche per mesi non dette disturbi nè locali nè generali. Sono stati curati ambulatoriamente 12 casi di tracoma di cui 7 recenti e 5 vecchi, medicati già da lungo tempo col lapis di rame, usando nei primi le dosi di urto e nei secondi la somministrazione prolungata per 3-4 settimane. Le forme recenti corrispondono egregiamente alla terapia senza alcun trattamento locale: scompare la fotofobia e la secrezione si asciuga rapidamente, verosimilmente con diminuzioni del pericolo di contagio; le granulazioni e la ipertrofia papillare regrediscono lentamente e occorrono circa 1-2 mesi dopo finita la cura perchè scompaiano del tutto; talvolta l'ipertrofia persiste; il panno incipiente regredisce invece rapidamente; conviene controllare i malati per 1-2 mesi per rinnovare la cura in caso di recidiva. Nelle forme vecchie la fotofobia e la secrezione migliorano dopo la prima settimana e a metà della seconda le complicanze corneali tendono nettamente a regredire, lo stato irritativo del panno si attenua e la cornea impallidisce notevolmente. In 4-8 giorni si dominano le infezioni miste sempre presenti e con esse i disturbi più tormentosi. Continuando la cura le ulceri corneali guariscono e diminuiscono l'ipertrofia papillare e la formazione di nuove granulazioni, quelle residue regrediscono molto lentamente nelle settimane successive. Dopo la 4ª settimana l'uso di caustici completa la guarigione colla scomparsa delle alterazioni congiuntivali. La condizione raggiunta dalla terapia abucidica si può considerare come uno stato di tracoma in quiete, inattivo, più che una vera guarigione, ma clinicamente la cessazione della secrezione, della fotofobia, dell'iperemia e tume-

fazione congiuntivale, la guarigione delle ulceri corneali, il rischiaramento del panno, migliorano la vista e sopprimono i disturbi. Questo risultato si ottiene in 3-4 settimane e in molti casi è duraturo, talvolta i fenomeni infiammatori si ridestano ma si vincono con una nuova somministrazione di Albucid. È caratteristica la scarsa formazione di cicatrici, che sono delicate. Nel complesso i 12 casi guarirono e, limitatamente alla possibilità di controllo, senza recidive.

In altre forme infettive della congiuntiva l'Albucid per bocca a dosi di urto ha dato pure ottimi resultati: una congiuntivite epidemica da bacillo di Koch-Weeks, che colpì 5 persone nella stessa famiglia, guarì completamente in tutti i soggetti in 4 giorni; in 3 giorni guarirono due forme di diplobacillo di Morax-Axenfeld; infine due casi gravi di catarro congiuntivale purulento da pneumococco scomparvero rispettivamente in 4 e 5 giorni.

L'insieme delle osservazioni dell'A. conferma quelle di altri che l'Albucid è un ottimo mezzo di cura del tracoma e di altre malattie infettive acute della congiuntiva, che allevia rapidamente i disturbi, vince le infezioni miste e non provoca alcun spiacevole effetto secondario nè locale nè generale; nel tracoma è particolarmente importante l'azione chiarificante sul panno il quale rappresenta la complicazione più grave, che richiedeva cure lunghe e dolorose. J. F.

"Osteosintesi chiusa„ con particolare riguardo alla chirurgia di guerra.

(R. Hoffmann. *Acta chirurgica scandinavica*, fasc. 3-4, 1942).

Un nuovo apparecchio del tipo dei « fissatori esterni » per il trattamento percutaneo delle fratture — detto anche « osteosintesi chiusa » — che a distanza dal focolaio di frattura e del relativo ematoma, permette: *a*) la riduzione esterna diretta, se necessario sotto il controllo dei raggi X; *b*) la contenzione immediata ottenuta col blocco delle due articolazioni vicine; *c*) tutte le correzioni secondarie se si rendono necessarie (contenzione regolabile); il controllo della consolidazione della frattura alla fine del trattamento; la mobilitazione delle articolazioni vicine durante il trattamento. In breve con questo nuovo apparecchio si sarebbero ottenuti tutti i vantaggi che si hanno nel trattamento delle fratture col metodo aperto di osteosintesi, sia per l'esattezza della riduzione che per la solidità della contenzione. Può essere applicato a tutte le ossa lunghe (ad eccezione del perone) e a molte articolazioni (gomito, ginocchio, articolazione tibiotarsica). Nessun corpo estraneo rimane a dimora nell'osso; e poichè evita di fare di una frattura chiusa una frattura aperta è per l'operatore non specialista molto più sicuro che non l'osteosintesi classica. I pericoli di infezione lungo le viti o i chiodi transcutanei sono minimi come i pericoli di false strade e di rotture di un pezzo metallico. L'apparecchio permette il trasporto immediato dei feriti, ciò particolarmente utile in chirurgia di guerra lascia l'arto fratturato accessibile da tutti i lati per le eventuali cure da darsi al ferito. Le indicazioni principali per il suo uso sono le fratture chiuse difficili a ridursi o a contenere e le fratture complicate. I tempi e i modi di utilizzazione sono del resto vari, poichè rende dei grandi servigi nella chirurgia ossea, può servire da apparecchio riduttore solo, si può combinare con un apparecchio gessato, può essere posto direttamente nella ferita. Inoltre per la chirurgia di guerra è stata descritta dall'A. una tecnica semplificata, quella dei « ponti in gesso rinforzato ». La descrizione dell'apparecchio è fatta in ogni dettaglio e così il modo della sua applicazione. L'esperienza dirà di tutti i pregi dell'apparecchio che l'A. magnifica. Bendandi.

DIVAGAZIONI

Aspetti demografici della guerra

(C. Gini. *Razza e Civiltà*, maggio-giugno 1942).

È un vecchio concetto che la popolazione eserciti un'influenza nel determinare lo scoppio della guerra. Secondo Malthus la guerra è uno dei freni repressivi della popolazione. Questa teoria trova ancora fautori nei paesi conservatori, che cercano in essa un appoggio per contrastare le pretese dei paesi espansivi.

L'A. fin dal 1911 ha scritto contro questa teoria sostenendo che le popolazioni seguono un loro proprio ciclo di sviluppo, con fasi caratteristiche di ascesa, stasi e decadenza, riconoscibili dalla natalità, dalla composizione per età della popolazione, dalla stratificazione sociale e dal ricambio sociale.

Nella fase di ascesa di una nazione, questa tende ad espandersi prima solo demograficamente; poi anche culturalmente ed economicamente.

Sotto la spinta di questa tendenza le nazioni vecchie e infiacchite vengono poi sostituite dalle giovani e vigorose. Ma le nazioni vecchie si oppongono alla espansione delle giovani e così nascono le guerre. La guerra è un rimedio drastico a condizioni anormali. Ma l'anormalità non consiste nella propagazione delle nazioni giovani, che è invece un fenomeno normale e salutare, ma nell'opposizione alla loro espansione da parte delle nazioni vecchie. La responsabilità della guerra appare così invertita.

Queste idee sono state espresse dall'A. fin dal 1915. Egli non nega con esse la possibilità che le cause prossime della guerra possano essere ricercate altrove, p. e. in rivendicazioni o in ritorsioni o in odi di razza; ma in questi casi le guerre hanno un carattere secondario e, risalendo la catena degli antecedenti, si arriva sempre ad una guerra provo-

cata dall'espansione di popolazioni giovani contrastata da popolazioni conservatrici.

Le occasioni e le motivazioni delle guerre sono diversissime in armonia colle contingenze del tempo e colla natura dei sentimenti prevalenti nella popolazione, ma questi fatti non impediscono allo scienziato di riconoscere sotto di loro la vera etiologia della guerra.

Per la guerra attuale l'etiologia non pare, secondo l'A., contestabile. Le popolazioni maggiormente provate dalla precedente guerra mondiale videro ostacolata la loro necessità di emigrazione e ruppero colla forza le barriere elevate contro di esse.

La popolazione ha influenza oltre che sulla decisione della guerra anche sul decorso della guerra per le variazioni che la popolazione stessa presenta durante la guerra per le perdite che subisce e per il vario flusso della nuova generazione.

L'A. ritiene che per evitare altri conflitti dopo l'attuale bisogna giungere all'assimilazione delle nazioni vinte.

Per quanto riguarda gli effetti della guerra sulla popolazione, bisogna distinguere effetti qualitativi da effetti quantitativi e, per gli uni e per gli altri, bisogna distinguere ancora effetti della preparazione alla guerra e effetti della guerra guerreggiata.

Secondo alcuni gli effetti qualitativi della preparazione alla guerra sono sfavorevoli nel senso che anche la sola coscrizione sottrae la parte più sana e robusta della popolazione alla vita produttiva e riproduttiva.

Dal lato economico non si considera più improduttiva oggi la preparazione alla guerra.

La guerra guerreggiata toglie alla popolazione molti individui, che sono anche fra i migliori per salute e per età.

L'A. ha voluto studiare l'effetto della coscrizione sulla natalità, cercando il numero dei figli di quelli che erano stati salvati e di quelli che non avevano prestato servizio militare. I dati furono raccolti per quell'epoca in cui la chiamata alle armi si faceva a sorte fra i giovani di leva.

Le statistiche hanno dimostrato che il numero dei figli è un po' superiore fra quelli che hanno prestato servizio militare contrariamente a quello che si prevedeva.

Il fatto si spiega colla selezione matrimoniale, perchè i giovani che hanno prestato servizio militare acquistano agli occhi delle ragazze e forse anche delle famiglie prestigio e considerazione, per cui si sposano più tardi ma con maggior frequenza e più facilmente prendono donne più adatte alla riproduzione.

L'A. studiando la carriera dei maestri morti per qualunque causa durante l'altra guerra mondiale in confronto con quella dei colleghi sopravvissuti, ha visto che la guerra guerreggiata non ha nessuna influenza sui maestri dal punto di vista intellettuale.

Dal punto di vista fisico, tenendo conto del peso dei neonati, i nati durante l'altra guerra non avevano peso inferiore al medio e quelli nati dopo la guerra avevano peso superiore a quello medio di anteguerra. Secondo l'A. questo si spiega col fatto che durante la guerra, se è vero che ci sono molti morti fra i soldati, che sono giovani e robusti, è anche vero che la popolazione civile e militare sono i più robusti che sopravvivono alle fatiche, ai disagi, alle malattie e alle ferite.

Per quanto riguarda i caratteri intellettuali, certamente i migliori dal punto di vista intellettuale, siano ufficiali, sottufficiali o soldati, sono adibiti a servizi tecnici, quindi meno rischiosi.

Non si possono paragonare le varie guerre fra di loro per l'influenza che hanno esercitato sulla popolazione; si può solo parlare dell'influenza di quella data guerra su quella data popolazione.

La guerra attuale si differenzia dalla precedente per la minore estensione delle chiamate alle armi e l'importanza dei corpi scelti, per cui si ha una più rigorosa selezione fra i soldati. Per questo ci si dovrebbe attendere effetti quantitativi più sfavorevoli. A dare questo stesso risultato contribuisce la perdita di popolazione civile per effetto di bombardamenti aerei.

Nei paesi dell'Asse la diminuzione della natalità e della nuzialità è molto minore che nella precedente guerra mondiale.

Se dal punto di vista qualitativo gli effetti della guerra sulla popolazione possono essere neutri, dal punto di vista quantitativo si è detto che sono indubbiamente sfavorevoli. Inoltre la guerra scuote la solidità dell'istituto familiare mettendo a dura prova la morale sessuale della popolazione. Ma confrontando i dati della Germania con quelli della Danimarca e Svezia si vide che non c'è stata un'evoluzione più sfavorevole o una minore densità di popolazione.

Subito dopo la guerra, per reazione si ha una ripresa che dura anche negli anni successivi. Inoltre gli effetti disgregatori della guerra sulla morale sessuale e sulla famiglia sono passeggeri.

Le guerre, secondo l'A., rispondono al loro scopo, perchè eliminano le nazioni senescenti, fanno posto alle nazioni giovani e collaudano le forze delle nazioni giovani.

Fin'ora, parlando di effetti selettivi delle guerre, si è inteso parlare della selezione intranazionale. Ma c'è anche, ed è forse più importante, anche la selezione internazionale, che si opera fra diversi gruppi contendenti. Questa selezione riesce indubbiamente vantaggiosa per l'umanità. Se non ci fosse stata la guerra la terra poteva ancora essere abitata da Tasmaniani, Boscimani, Pigmei, ecc. Le popolazioni più evolute hanno potuto diffondersi, prevalere e determinare il progresso dell'umanità, ciò si deve alle guerre.

Le guerre rappresentano anche la condizione necessaria per passare da organizzazioni basata su unità politiche di un dato ordine a organizzazione politica basata su unità di ordine superiore.

Non c'è nessuno stato moderno, organizzato su basi nazionali, che non sia stato almeno in parte frutto della guerra.

L'A. ritiene che lo stadio degli Stati nazionali appare sorpassato e i tempi sono maturi per l'Europa per il passaggio ad uno stadio di organizzazione superiore, su basi più estese. « Tutto fa credere che la guerra in corso sia destinata ad attuare tale passaggio, che aprirà all'umanità una nuova epoca ». L.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

Dott. Giovanni Benussi. *L'Esplorazione radiologica della vescichetta biliare.* Tipografia Porta - Piacenza, 1942.

L'intendimento dell'A. è stato quello di offrire un manuale pratico di facile consultazione e di facile messa a fuoco dei principali argomenti che devono essere conosciuti da chi si accinge ad eseguire l'indagine radiologica della vescichetta biliare.

Questo intendimento che l'A. prospetta al suo libro si deve riconoscere pienamente riuscito: anche il medico pratico potrà trovare materia utile per la valorizzazione del referto radiologico tanto più che l'A. ha sceverato l'utile dal superfluo semplificando al massimo la materia senza riferimenti e citazioni: tuttavia il libro porta in fondo una estesa bibliografia a cui va dato lode all'A. perchè ha dato largo posto senza dimenticanze a tutta la estesa bibliografia degli AA. italiani che molto si sono occupati dall'argomento. Dopo un breve capitoletto di storia l'A. con molta chiarezza divide la sua trattazione in tre parti: esame diretto, esame col contrasto, esame indiretto con tutti quei dati che si possono ricavare a carico dell'apparato intestinale.

Il libro con le sue 268 pagine si legge con piacere per la sua chiarezza e per l'abilità che l'A. ha avuto di sfrondare l'argomento di tutta la parte letteraria portando in primo piano i fatti acquisiti e che l'esperienza ha oramai fissato. Molti gli schemi e i radiogrammi.

Prof. Eugenio Milani.

M. Rodecourt. *Die tägliche gynaekologische Sprechstund.* II edizione. G. Thieme, Lipsia, 1942. R.M. 9.

Abbiamo già recensito e lodato il lavoro di Rodecourt alla sua prima edizione; ora, a poca distanza di tempo, compare la seconda edizione, aumentata di mole, ampliata di capitoli; l'esperienza già vasta dell'autore (nella premessa prima diceva di basarsi su circa 37.500 visite ambulatorie) si è naturalmente ancora più estesa (circa 8.000 nuovi casi); fra i vari capitoli eccelle sempre quello sulla Trichomoniasi — una vera monografia materiata di fatti —; interessante anche la introduzione generale, dove l'A. inizia i lettori alla pratica corrente più corretta; utilissimi i capitoli sulla sterilità, sui dolori di schiena, sulle insufficienze ormonali. Diffuso l'indice analitico, sicchè riesce facile la consultazione del libro, che è specialmente rivolto ai cultori della ginecologia medica.

P. Gaifami.

Evensen O. K. *Alimentary hypoglycemia after stomach operations and influence of gastric emptying on glucose tolerance curve.* Acta Med. Scand., Suppl. 126. Oslo, 1942.

L'A. studia le modificazioni della curva da carico di glucosio per via orale, provocate dalla gastrodigiunostomia e dalla resezione gastrica. Come controllo normale utilizza 50 individui fra i 21 e i 47 anni.

Un primo gruppo di 50 individui affetti da ulcera gastrica o duodenale non operata presentò, nella grande maggioranza dei casi, curve glicemiche normali.

Il gruppo dei gastroenteroanastomizzati comprende 38 soggetti fra i 23 e i 73 anni. Di essi uno era diabetico. In 17 dei restanti 37, si osservò una iperglicemia patologica: ad una forte e ripida salita iniziale, seguì una rapida caduta a valori bassi. In 19 dei 37 soggetti comparve anche glicosuria in uno o più campioni.

Il gruppo dei resecati gastrici è forte di 95 soggetti, fra i 18 e i 72 anni. Una patologica iperglicemia fu osservata in 21 di essi. In 14 individui comparvero, durante la seconda fase della prova, dei disturbi ipoglicemici.

E' delicato il problema patogenetico degli attacchi ipoglicemici, che talvolta colpiscono i resecati gastrici e i gastroenterostomizzati dopo i comuni pasti. Questi attacchi comparvero in 13 dei 37 gastroenterostomizzati e in 10 dei 95 resecati.

La causa di tali irregolarità della curva glicemica da carico va ricercata secondo l'A. nella patologica rapidità dello svuotamento gastrico, donde un rapido assorbimento ed una brusca stimolazione del tessuto insulare, donde la brusca ipoglicemia secondaria, aggravata spesso da un rapido transito intestinale.

M. Coppo

F. Reichet. *Häufigheit und Ursachen der vorzeitigen Invalidität.* Editore Thieme, Lipsia. Prezzo R. M. 3,15.

L'A. tratta innanzi tutto l'invalidità dipendente da malattia come problema sociale.

Quindi stabilisce con abbondanti dati statistici i rapporti di frequenza tra malattie, invalidità e morti, soffermandosi sulle affezioni che più frequentemente causano invalidità di più lunga durata con speciale riguardo all'attività lavorativa delle donne. Dr.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA

Patogenesi e cura della sciatica e della neuralgia brachiale.

La patogenesi della sciatica ha subìto una completa revisione. G. de Morsier (*Schw. Med. Woch.*, 7 marzo 1942) espone le varie teorie finora emesse per spiegare l'insorgenza della sciatica, ne fa una critica serrata e sostiene che l'affezione è provocata da un'alterazione del disco intervertebrale. Questa alterazione è sicura non solo nelle forme nelle quali è evidente il fattore traumatico, ma anche in quelle forme che in mancanza di una migliore identificazione venivano per lo passato chiamate reumatiche.

In tutti i casi di vera sciatica non è raro riscontrare sintomi neurologici (zone di iper- o di ipoestesia, modificazioni dei riflessi, disturbi degli sfinteri, alterazioni del tono e del trofismo muscolare, lesioni trofiche cutanee o iperalbuminosi di liquor) che danno conto del segmento midollare compromesso, senza bisogno della mielografia che in ogni caso conferma la diagnosi.

Una patogenesi identica può essere sostenuta per la neuralgia o neurite brachiale.

Questi concetti patogenetici comandano l'indirizzo terapeutico. Lo stiramento dello sciatico, le iniezioni di vitamina B_1, e le altre cure comunemente adoperate non hanno una base razionale ed in effetti lasciano sempre il tempo che trovano.

Più raccomandabili sono il riposo e la radioterapia, e nelle forme ostinate e gravi l'intervento chirurgico (sezionamento delle lamine o dei legamenti gialli) allo scopo di eliminare la compressione. DR.

Etiologia e cura della sindrome di Menière.

A. Güttich (*Medizinische Klinik*, 4 settembre 1942) dopo avere brevemente accennato alle cause atte a determinare la sindrome di Menière, consiglia l'intervento chirurgico nei casi in cui i disturbi sono dovuti a suppurazione nell'orecchio medio. Nelle forme invece dovute a neurite dell'VIII paio la terapia migliore è quella con vitamina B e cure diaforetiche. Infine nei casi in cui la crisi di vertigine è di origine centrale è efficace l'uso di belladonna e papaverina nel momento di acme del disturbo e una cura di chinino e di calcio bromato come trattamento continuativo.

F. T.

Su di un caso di ematomielia lombo-sacrale traumatica (sistematizzazione vertico-trasversale della lesione ematomielica nel midollo a conferma della diagnosi).

È riferito da A. Serra (*La Clinica*, vol. VIII, fasc. 3, 1942). Un operaio ha un infortunio sul lavoro quattro anni prima: la prima diagnosi fatta è di sifiloderma maculo-papuloso e paresi dell'arto inf. sin.; la seconda di ematomielia e paraplegia ed atrofia dell'arto inf. sin.; la terza di radicolite. Quest'ultima, confermata, esclude qualsiasi rapporto del trauma subito colla lesione. Serra deve stabilire la natura della affezione che ha provocato le lesioni di cui si lamenta l'operaio e stabilire il nesso o meno coll'infortunio che l'operaio stesso denuncia, come causa dei suoi mali.

Un esame anamnestico, clinico, l'esame funzionale ed elettrico dei singoli gruppi muscolari degli arti inferiori, l'esame radiologico, gli esami di laboratorio tutto è minuziosamente e perfettamente notato. E ancora l'A. lamenta di non aver potuto sondare di più il suo malato per trarne ulteriori lumi per giungere alla diagnosi e per confortarla di elementi quanto più possibile certi o probativi. Scartata la lue, già ammessa in primo tempo, per il decorso, i postumi e la negatività della Wassermann; eliminata la radicolite e specie quella da artrosi vertebrale per l'andamento clinico e l'esame radiologico, l'A. ritiene trattarsi di una vera e propria ematomelia lombo-sacrale da sforzo. La dimostrazione di questo asserto diagnostico è fatta in modo ampio e con tale chiarezza che veramente non si sa se ammirare di più la profondità della cultura o l'asume del ragionamento. Pagine che vanno lette per averne un profondo diletto, pagine che ricordano gli insegnamenti di Augusto Murri, maestro non dimenticato: nella logica del ragionamento clinico e nella osservazione acuta dei fatti, base di partenza di ogni diagnosi fondata. BENDANDI.

Il chinino negli stati morbosi extrapiramidali.

Wolf nel 1936 ha affermato che il chinino agisce favorevolmente nella miotonia congenita (malattia di Thomsen) e nella distrofia miotonica o abolendo o alleviando i disturbi. Il punto di attacco risiede alla periferia, perchè in un malato di miotonia si ebbe persistenza della reazione miotonica durante l'anestesia spinale, mentre scompariva coll'iniezione di chinino.

Esperimenti sugli animali hanno dimostrato che il chinino agisce in modo complicato sui muscoli scheletrici: aumenta l'azione di uno stimolo isolato, diminuisce l'azione di uno stimolo tetanizzante, diminuisce l'eccitabilità motoria, protrae il periodo refrattario, ha azione antagonista all'acetilcolina e alla fisostigmina. Il chinino aggrava la miastenia grave mentre la prostigmina aggrava la miotonia.

Hassin ha avuto buon risultato col chinino in due casi di distonia deformante dei muscoli con torcicollo e lo stesso risultato ebbe Lemerre in un caso. Milhorat ottenne col chi-

nino diminuzione della rigidità della paralisi agitante in quattro casi per la durata di 2-4 mesi. Moss e Lermann ebbero buoni risultati nei crampi notturni dei polpacci.

K. A. Ektone (*Acta med. Scandin*, 15 agosto 1942) in un caso di distonia ereditaria che aveva i caratteri di una miotonia ne ebbe giovamento solo per poche ore.

In 23 casi di sindromi extrapiramidali con dosi quotidiane oscillanti fra 0,50-2 gr. di solfato di chinino ebbe i seguenti risultati. In 5 sindromi rigido acinetiche (2 di paralisi agitante e 3 di parkinsonismo post-encefalitico) ebbe in due casi riduzione della rigidità. In un altro gruppo comprendente 7 malati di distonia muscolare deformante, 7 casi di torcicollo distonico ,3 di tic distonico di altro tipo e 1 di tremore del capo con parkinsonismo lieve ottenne in tre casi uno di torcicollo, uno di distonia muscolare deformante e uno di tic) miglioramento rapido e veramente considerevole.

Quindi il chinino ha una certa azione terapeutica nelle sindromi extrapiramidali, ma non ci si può fare affidamento sicuro.

L.

Il problema psicologico della mania nella prassi medica.

Gli psicologhi, dice I. H. Schultz (*Medizinische Klinik*, 29 maggio 1942), non limitano il concetto di mania soltanto alle frequenti e più importanti tossicomanie (alcoolismo, morfinismo ecc), ma lo estendono anche ad altre condizioni (p. es. mania del lavoro, mania dell'ordine, mania del lusso ecc.) in cui la cosa desiderata non è affatto patogena.

Insomma per mania lo psicologo intende un rapporto tale tra un uomo ed una condizione di vita che l'uomo diventa subordinato a questa e non è più in grado di decidere da sè la sospensione di tale rapporto; può andare quindi da una semplice abitudine ad una schiavitù vera e propria, che può riuscire molesto il sopprimere, per l'insorgenza di fenomeni da astinenza che però, secondo l'autore, sono meno frequenti di quanto si crede.

Dal punto di vista psicologico la caratteristica di questi maniaci è la debolezza della volontà e la scarsa fermezza del carattere, il che, secondo l'autore, è in gran parte dovuto al tipo di educazione ricevuta; non si può infatti dimenticare che una educazione comprensiva ma sufficientemente energica è straordinariamente importante per una buona formazione del carattere.

La terapia di questi individui quindi consiste essenzialmente in una rieducazione tendente ad aiutare l'individuo a formare la propria personalità.

Naturalmente nei casi più gravi è necessario intervenire con i mezzi che ci offre la psicoterapia propriamente detta

F. T.

MEDICINA SCIENTIFICA

Il glutatione del sangue nei cardiopatici dopo somministrazione di vitamina B_1.

Secondo Gabbe, il valore normale del glutatione totale nel sangue è di 50 mgr. % e quello del glutatione ridotto di 30-49 mgr. %; Woodward e Fry ritengono invece come normali i valori seguenti: 25-41 mgr. % per il glutatione totale, 3-11 mgr. % per il glutatione ossidato, 31 mgr. % per il glutatione ridotto.

K. Tschiloff, dosando il glutatione totale del sangue di cardiopatici scompensati (18 casi), ha trovato valori aumentati nel 60 % dei casi; analogamente, secondo le osservazioni di Klotz, in soggetti affetti da insufficienza cardiaca, il valore del glutatione totale nel sangue è superiore al valore normale nella metà dei casi esaminati.

Ricerche di Rao (*Rivista di Clinica Medica*, fasc. 3, marzo 1942), hanno avuto per oggetto di controllare quelle dei precedenti AA., determinando i valori della glutationemia (metodo di Woodward e Fry) in otto cardiopatici in stato di scompenso e inoltre di vedere quale effetto potesse avere la vitamina B_1, appunto sul tasso del glutatione nel sangue, nei medesimi malati.

I risultati della prima serie di ricerche è stato il seguente: in cinque casi vi era un aumento del glutatione totale, in confronto ai valori normali, che andava dai 7,6 ai 17,3 mgr. %; in tre casi, invece, tale aumento mancava e i valori erano vicini o anche inferiori alla norma.

Notevolmente aumentato era poi il valore percentuale del glutatione ossidato rispetto a quello del glutatione totale. Pure aumentato risultava il glutatione ridotto.

Iniettando per via endovenosa cc. 1 di vitamina B_1 (= mgr. 2,5), quotidianamente, dopo 10 giorni si osservava, rispetto ai valori determinati prima della cura, nell'80 % dei casi un aumento medio di mgr. 7,1 % del glutatione totale, nel 20 % dei casi una lieve diminuzione. Il glutatione ossidato era invece diminuito in tutti i casi, in misura varia dal 2 al 29 %.

L.A. ritiene che l'insieme di questi dati sperimentali sia espressione del disturbo della funzionalità epatica che accompagna lo scompenso cardiaco e dell'effetto favorevole della vitamina B_1 sulla funzione del fegato e sul ricambio tissulare.

La vitamina B_1 può dunque essere utile rimedio coadiuvante nella terapia dello scompenso cardiaco.

A. B.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

L. TELATIN. *Insulinoshochterapia e Tubercolosi.* Ind. Grafiche, Ferrara, 1942.

N. QUATTRIN. *Le mielosi eritremiche dell'età adulta.* *Minerva Medica*, Torino, 1942.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Il regolamento per le scuole di perfezionamento e di specializzazione.

Abbiamo già dato notizia della legge 26 gennaio 1942-XX, n. 78, sul'ordinamento delle scuole di perfezionamento e di specializzazione in medicina e chirurgia (n. 13 dell'annata XLIX). Nella *Gazzetta ufficiale* n. 13 del 18 gennaio 1943 è stato ora pubblicato il regolamento di esecuzione 23 novembre 1942, numero 1609, diviso in cinque capi. Il primo contiene le norme comuni alle scuole di perfezionamento e a quelle di specializzazione. Il capo secondo si riferisce particolarmente alle scuole di perfezionamento; il terzo concerne le scuole di specializzazione; il quarto disciplina gli esami ed il diploma di specializzazione; il quinto regola i corsi di aggiornamento.

Le scuole di perfezionamento e quelle di specializzazione sono istituite con la procedura prescritta per l'approvazione degli statuti universitari (art. 1°). Con il decreto di istituzione deve essere stabilito il numero massimo di allievi che possono essere accolti dalla scuola in rapporto alle possibilità offerte dai mezzi didattici, clinici e scientifici disponibili (articolo 2).

Gli aspiranti ad una scuola di specializzazione devono aver già conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale (art. 4).

Essendo, come si è detto, limitato il numero degli ammessi alle scuole, gli aspiranti devono presentare i propri titoli, fra cui quelli relativi alla carriera scolastica. Il direttore della scuola valuterà comparativamente i titoli stessi e sottoporrà ognuno degli aspiranti ad un colloquio per accertarne la cultura medica generale, le attitudini e la preparazione a seguire i corsi della Scuola, in modo da formare una graduatoria (art. 5).

Non è consentita l'iscrizione contemporanea a più di una Scuola (art. 6).

Le scuole di perfezionamento e di specializzazione esistenti presso le Facoltà di medicina e chirurgia alla data del 28 ottobre 1943 e delle quali non sia stata disposta la revisione del rispettivo ordinamento per adeguarlo alle nuove norme di cui alla legge 26 gennaio 1942, saranno soppresse a decorrere dall'anno accademico 1943-44. Il Ministro per l'Educazione Nazionale regolerà, su proposta delle autorità accademiche, la carriera scolastica degli allievi che, all'entrata in vigore del nuovo ordinamento, siano in corso di studi presso le scuole di perfezionamento e di specializzazione già esistenti (articoli 18 le 19).

L'ordinamento didattico di ciascuna scuola di perfezionamento, anche per quel che si riferisce agli anni di corso, alle materie di insegnamento ed alle relative esercitazioni, nonchè agli esami speciali, sarà disciplinato dalle singole Università (art. 20 e segg.). Il regolamento contiene pochissime norme imperative, fra le quali giova ricordare soltanto quelle dell'art. 25, secondo cui l'esame per il diploma di perfezionamento deve comprendere in ogni caso la presentazione di una dissertazione, della quale il direttore della scuola abbia autorizzato la stampa.

Molto più dettagliata è la regolamentazione delle scuole di specializzazione. Anzitutto, l'articolo 26 del regolamento elenca le branche particolari della medicina e chirurgia nelle quali possono essere istituite scuole di specializzazione. Si tratta di 20 specializzazioni, per ciascuna delle quali è annessa al regolamento una tabella con l'indicazione delle discipline specifiche di insegnamento e delle esercitazioni di laboratorio. Gli statuti delle rispettive Università possono tuttavia contemplare altri insegnamenti ed esercitazioni oltre quelli delle predette tabelle (art. 26). L'elenco delle specialità potrà essere integrato con successivi decreti reali (art. 27).

Ci sia consentito a questo punto un rilievo di carattere procedurale, che non è privo di importanza sostanziale. Il regolamento risulta emanato su proposta del Ministro per l'Educazione Nazionale, senza alcuna intesa col Ministro per l'Interno. È da ritenere che tale intesa, certamente indispensabile, non sia mancata; in ogni modo sarebbe stato opportuno farne espressa menzione. Se le specializzazione debbono avere non un contenuto ed un effetto teorico e scientifico, ma un contenuto prevalentemente professionale il Ministero dell'Interno è certamente organo particolarmente competente alla designazione delle specializzazioni utili, essendo attribuite al Ministero stesso funzioni di tutela della salute pubblica e anche di controllo delle attività professionali, di alta direzione dell'organizzazione di assistenza sanitaria nelle sue varie forme.

Fra le venti specializzazioni, probabilmente eccessive, una comprende la *psicologia*: non discutiamo la importanza dello studio particolare della psicologia anche nel campo della medicina, ma se le scuole devono prevalentemente formare professionisti, è utile e risponde al fine loro, creazione di scuole di specializzazione professionale in psicologia? Semplice domanda.

Lo stesso art. 26 stabilisce gli anni di corso occorenti per le singole specializzazioni, da 5 anni per la medicina generale e per la chirurgia generale a 2 anni per la psicologia. L'art. 34 del decreto autorizza le facoltà a consentire abbreviazioni di corso, non speriori ad

(Continuazione alla pagina seguente).

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

(*Seguito della* Politica sanitaria *dalla pag. prec.*)

un terzo degli anni prescritti per ogni ramo di specializzazione, e nel caso in cui la durata della scuola sia limitata a due anni, non superiori ad un anno. Tuttavia chi asprira all'abbreviazione del corso deve inoltre sostenere e superare gli esami speciali che siano eventualmente previsti per gli anni di corso dai quali è stato dispensato.

Altra disposizione meritevole di attenzione è quella contenuta nell'art. 35, secondo cui gli allievi sono tenuti ad osservare scrupolosamente l'orario delle lezioni e delle esercitazioni ed a compiere i turni di *internato* stabiliti dall'ordinamento di ciascuna scuola. Il servizio di internato importa, sotto la vigilanza del direttore, l'adempimento di tutte le funzioni di *assistente*. Soggiunge l'articolo che per controllo della presenza degli allievi è prescritto un registro.

Le disposizioni degli articoli 37 a 40 sono dirette ad assicurare che gli allievi diano tutta la loro attività alla Scuola. Caratteristica la disposizione dell'art. 37 che vieta agli allievi altre occupazioni, anche di carattere professionale, che li distolgano dai loro doveri verso la scuola. A norma dell'art. 39, gli allievi più meritevoli possono avere le funzioni e la qualifica di assistente o di aiuto volontario.

Ultima disposizione del Capo terzo è quella dell'art. 11, secondo il quale le Univerisità possono prendere particolari accordi con le Amministrazioni ospedaliere, al fine di mettere a disposizione delle scuole di specializzazione distinti reparti di degenza.

Gli esami di specializzazione si svolgono innanzi ad una commissione unica per ciascuna specialità o per gruppi affini, presso la sede universitaria che è indicata dal Ministero col bando di esame.

Gli esami consistono in una prova scritta, in una prova orale ed una pratica. Per ciascuna prova di esame ognuno dei cinque membri componenti la Commissione giudicatrice dispone di dieci punti. Altrettanti punti sono a disposizione di ciascun commissario per i titoli.

Il diploma di specialista è rilasciato dal Ministero.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA

Ricovero venerei in istituti ospedalieri - Legge 4 agosto 1942, n. 1128.

Il Ministero dell'Interno (Direzione gen. sanità pubblica) ha diramato ai Prefetti la seguente circolare n. 8 in data 27 genn. 1943-XXI.

Con la Legge 4 agosto c. a., n. 1128 (*Gazzetta ufficiale* del Regno n. 239 del 10 ottobre) la spesa di degenza di venerei in fase contagiante negli ospedali, di cui al secondo comma dell'art. 303 del T. U. delle Leggi Sanitarie, viene, qualora essi non siano in grado, per insufficienza di rendite, di assolvere integralmente all'obbligo statutario dell'assistenza a detta categoria di malati, posta a carico dello Stato, per la quota eccedente la media della spesa sostenuta a tale titolo dagli ospedali medesimi nel triennio antecedente l'esercizio, in cui la cennata deficienza si è verificata.

Non occorre avvertire che nulla è in materia innovato con la predetta Legge nei riguardi degli ospedali che non rientrano, per compito istituzionale, fra quelli contemplati dalla citata disposizione del T.U.L.S.

Per l'esecuzione del nuovo provvedimento legislativo, che demanda a questo Ministero di accertare — di concerto con quello delle Finanze — gli estremi per l'integrazione, da parte dello Stato, della spesa di degenza, gli ospedali aventi l'obbligo statutario della cura gratuita delle malattie veneree e della erogazione di tutta o di parte della loro rendita nella cura gratuita di determinate categorie di persone non esclusi i venerei, debbono produrre, in base alle risultanze dei rendiconti e registri contabili, pel triennio antecedente l'esercizio in deficit, e distinti per anno, i dati seguenti:

a) totale delle entrate effettive;

b) somma rimborsata all'ospedale dal Ministero dell'Interno per spedalità di venerei in fase contagiante;

c) totale delle spese effettive;

d) ammontare delle spedalità consumate da venerei in fase contagiante.

Il Ministero si riserva, occorrendo, di richiedere, in casi particolari, ulteriori elementi.

I dati di cui sopra, in apposito prospetto a firma del Presidente dell'amministrazione ospedaliera, saranno presentati alla Prefettura, che previo il dovuto controllo, attestato dal Ragioniere Capo, li trasmetterà col visto prefettizio a questo Ministero.

Stabilita, sulla scorta di questa documentazione, la media triennale delle spese di degenza, verrà rimborsato agli ospedali l'importo delle spedalità risultanti dalla contabilità trimestrale, dedotto un quarto della media stessa.

Per la prima applicazione della Legge 4 agosto 1942, il cennato prospetto dovrà fare parte della documentazione delle contabilità venerei del trimestre gennaio-marzo 1943.

Per gli anni successivi sarà parimente allegata alla contabilità del primo trimestre.

Sulle disposizioni impartite con la presente richiamasi la Vostra particolare attenzione, per il loro tempestivo ed esatto adempimento, con preghiera di assicurazione.

Per il Ministro: BUFFARINI.

MEDICINA SOCIALE

Denuncia obbligatoria dei trattamenti terapeutici atti a causare la sterilità nella donna.

Il Ministero dell'Interno ha promosso apposito provvedimento tradotto nella legge 12 marzo 1942-XX, n. 427 (pubblicata nella « Gazzetta ufficiale » n. 112 dell'11 maggio 1942) in cui è posto l'obbligo agli esercenti la professione di medico-chirurgo, di denunciare all'autorità sanitaria, entro due giorni dall'inizio, ogni trattamento terapeutico (radiologico, chirurgico ecc.) capace di provocare la sterilità nella donna, anche se temporanea.

I trattamenti terapeutici che, agli effetti della denuncia, cadono sotto l'applicazione della legge, sono:

1) isterectomia totale o parziale, addominale o vaginale;

2) annessiectomia, salpingectomia, ovariectomia bilaterale;

3) operazioni chirurgiche a scopo di sterilizzazione;

4) roentgen- e curieterapia per malattie varie, e che indirettamente cagionano o possono cagionare sterilizzazione;

5) roentgen- e curieterapia a scopo di sterilizzazione;

6) cure ormoniche o altre che direttamente o indirettamente cagionano o possono cagionare sterilizzazione.

In caso di interventi operatori, di cure con raggi Roentgen o con radium è obbligatoria la consultazione con altro medico.

CONCORSI.

Concorsi a premi.

Premio Arnaldo Giovannola.

È stato istituito presso la Reale Accademia d'Italia un Premio per l'Elmintologia allo scopo di onorare la memoria del dott. Arnaldo Giovannola, noto studioso di parassitologia, morto a Città del Messico, dove si era recato per ragioni di studio.

Il concorso sarà bandito ogni due anni e il Premio sarà di L. 2500.

Il primo concorso scade il 24 marzo 1943-XXI e il premio sarà assegnato nell'adunanza solenne del 21 aprile dello stesso anno.

Il concorso è aperto a tutti gli studiosi italiani di qualsiasi età, residenti nel regno o all'estero.

I candidati dovranno presentare entro il termine prescritto la domanda in carta libera diretta alla Presidenza della Reale Accademia d'Italia insieme con i titoli scientifici.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Alla dignità del laticlavio è stato elevato il prof. Eugenio Morelli, di cui tutti conosciamo il valore di studioso, di clinico, di organizzatore e le benemerenze nel campo sindacale. Allievo del Forlanini, il Morelli ha legato il nome ai perfezionamenti tecnici del pneumotorace terapeutico ed a nuove applicazioni di esso (velario di compenso, cura dell'ascesso polmonare ecc.). Egli ha promosso la costruzione e il funzionamento dell'Istituto « Carlo Forlanini » per lo studio e la cura delle malattie respiratorie ed un grandissimo numero di istituzioni sanatoriali in tutta Italia, per incarico dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale. Fu a lungo attivo e solerte segretario del Sindacato Nazionale dei Medici.

RICOMPENSE AL VALOR MILITARE.

concesse ad Ufficiali del Servizio Sanitario M.M.

Medaglia di bronzo: colonn. medici: Domenico Penazzo e Achille Talarico; magg. med. Giacinto Micali; capit. med. Pio Gori; ten. med. Luigi Miti.

Croce di guerra: ten. colonn. med. Mario Clemente e Giuseppe La Gamba; magg. medici Giuseppe Pezzi, Ugo Signorini, Vittorio Pettinari, Gaetano Saba; cap. med. Aurelio Giunta, Alfonso Andreoli Armani, Gino Babolini, Renato Tellini; ten. med. Giovanni Frangipane, Lucio Moro; ten cappellano Filippo Quattrocchio Beltrame; sott. ten. medici Federico Galli, Mirko Costa, Enzo Colombo, Nicolò Carbone, Giovanni Ragusa, Avero Lavanese.

Encomio solenne: ten. med.: Antonio Currò.

Per incarico del Maresciallo di Campo Rommel, il Capo del Servizio Sanitario dell'Esercito tedesco in Africa settentrionale ha trasmesso al prof. Giorgio Alberto Chiurco la Croce al Merito dell'Ordine dell'Aquila tedesca di 2ª classe con spade, per l'intelligente e instancabile attività svolta quale maggiore medico nell'Ospedale militare di Bengasi.

Le suore Ersilia Fonti, Maria Antonia Natali, Alessia Polcari e Beniamina Gallo dell'Ordine della Sacra Famiglia di Spoleto, addette all'ospedale municipale di Tobruk, sono state decorate con la Croce di guerra al valor militare perchè, durante ripetuti bombardamenti di aerei nemici che colpivano anche l'ospedale, si esponevano più volte con fermezza e serenità al sicuro pericolo per assistere gli infermi e i feriti. Anche all'ostetrica Gemma Moretti e all'infermiere Pietro Scorgin dello stesso ospedale è stata conferita la Croce di guerra al valor militare.

NOTIZIE DIVERSE

Congressi e cultura.

La rivista « Tempo » ha condotto un'inchiesta sui congressi e la cultura scientifica; i risultati sono pubblicati nel N. 179. Molti reputati cultori delle discipline mediche hanno risposto: sono tra essi Rondoni, Cerletti, Giordano, Gamna, Gemelli, Baglioni, Paolucci di Valmaggiore ed altri. Nell'insieme viene rilevato come i congressi si rendano utili nell'attivare scambi d'idee e nel promuovere conoscenze personali; i testi delle relazioni andrebbero distribuiti con anticipo; le comunicazioni dovrebbero essere svolte personalmente, ecc. Un riassunto delle risposte è pubblicato in « Pensiero Medico » del 31 gennaio.

Incendio in un sanatorio americano.

Da Buenos Aires, in data 1° febbraio, giunge la seguente notizia:

Si ha da Nuova York che per cause ancora imprecisate un incendio è scoppiato in un sanatorio nei dintorni di Seattle (Stato di Washington). Con grande rapidità le fiamme si sono estese al-

l'intero edificio. Terribili scene di panico sono avvenute fra i degenti, in numero di alcune centinaia. Parecchi di essi, in preda al terrore, si sono gettati dalle finestre degli ultimi piani, sfracellandosi al suolo. Molti dei disgraziati sono periti tra le fiamme.

Le vittime sinora accertate sono trenta. Si deplorano inoltre numerosi feriti.

Un po' dovunque.

Il 27 e il 28 novembre si adunarono a Ginevra il sen. Ciraolo, presidente del Comitato esecutivo dell'Unione internazionale di soccorso, e i rappresentanti del Comitato internazionale della C. R. e della Lega delle Società della C. R., sigg. Max Huber, Chapuisat, de Rougé e Mihum, per consultarsi sui mezzi idonei a mantenere i rapporti di collaborazione e, pertanto, il funzionamento dell'U.I.S. durante la guerra e preparare l'esercizio delle sue attività nel dopo-guerra.

L'Ecc. prof. Silvestro Baglioni ha tenuto in Perugia, avanti a un denso pubblico, una conferenza indetta dall'Accademia medico-chirurgica perugina, relativa agli studi sulla parola. Il prof. Baglioni è stato poi fatto membro onorario dell'Accademia.

La Società medico-chirurgica di Modena si è adunata il 13 gennaio sotto la presidenza del prof. Agazzotti; sono state fatte comunicazioni da G. Rossi e da P. Domenichini; si è poi tenuta la seduta ordinaria amministrativa.

La Società di cultura medica novarese si è adunata il 14 gennaio sotto la presidenza del prof. C. Ferretti, assistito dal segretario prof. G. Rossi; sono state fatte comunicazioni da G. Martelli e P. Fornara.

I conferenzieri che nell'Istituto Superiore di Sanità si seguiranno ogni mese fino a giugno sono i professori: Felix, Samec, Haagen, von Borries, von Euler. Tutte le conferenze saranno in italiano.

Il Prefetto Lepera, presidente degli Ospedali riuniti di Roma, accompagnato dal vice-prefetto Vacirca, ha visitato l'Ospedale « Principe di Piemonte » del Sovrano Militare Ordine di Malta.

Una circolare del Ministero dell'Interno del Reich autorizza le autorità sanitarie a prescrivere supplementi di vitto ai ragazzi deboli esposti alla tubercolosi nell'ambiente familiare.

La Società tedesca di medicina tropicale terrà la sua 12ª riunione dall'1 al 13 marzo in Vienna. Per informazioni rivolgersi a: Deutsche Tropenmedizinische Gesellschaft, Tropeninstitut, Hamburg 4.

Per fronteggiare il fortissimo rincaro dell'oppio in Danimarca si è provveduto alla coltivazione del papavero su di un'estensione di 50 ettari.

L'Istituto per l'esame e lo studio delle vitamine a Berlino ha il compito di emanare norme d'ordine sanitario e politico-sociale per il rifornimento di vitamine, di controllare i metodi per il rifornimento e la conservazione delle vitamine naturali, di stabilire il bilancio dei bisogni in singoli settori della popolazione ecc.

Il « Consiglio del Commercio dell'Economia germanica » ha stabilito che la propaganda ai rimedi analgesici non debba esser fatta in modo da ingenerare il convincimento che tali rimedi siano innocui e che possano usarsi a ogni lieve malessere. Si vieta la pubblicità speciale a questi prodotti mediante corti metraggi cinematografici, tabelle murarie permanenti e annunzi inseriti nella parte riservata al testo dei giornali e delle riviste.

Il prof. Günther Just, direttore dell'Istituto di ricerche eredologiche presso l'ufficio di sanità del Reich e direttore dell'Istituto di eredologia nell'Università di Greifswald, è nominato professore di eredologia e studi sulle razze nell'Università di Würzburg, al posto del prof. Ludwig Schmidt-Kehl, caduto eroicamente; al tempo stesso, il prof. Just è nominato direttore dell'Istituto di biologia delle razze all'Università di Würzbrg.

Il prof. Gottfried Jungmichel, titolare della cattedra di medicina legale all'Università di Gottinga, è nominato perito superiore in tutto il Reich per quanto riguarda l'accertamento dei gruppi sanguigni a scopo medico-legale; ciò attesta l'alta considerazione in cui egli è tenuto.

La Mezzaluna Rossa ha pubblicato la relazione sulla sua attività durante gli anni 1940 e 1941. Risulta, tra l'altro, che essa ha prestato la sua opera in 29 disastri ed ha assegnato ai sinistrati 900.000 kg. di mais in natura e circa 8 milioni e mezzo di lire turche; cospicui soccorsi sono stati pure assegnati ai rifugiati greci stabilitisi in Turchia.

Negli Stati Uniti il razionamento di liquori, decretato in dodici Stati, ha fatto rimettere in uso il materiale e i metodi dell'epoca del proibizionismo, per la fabbricazione e lo smercio dei liquori. Si calcola che quelli venduti clandestinamente costituiscono il 30 % del consumo attuale.

È deceduto a soli 39 anni il prof. F. P. MAZZA. Nato a Napoli, vi si era laureato in chimica all'età di soli 19 anni ed a soli 23 anni conseguiva la docenza in chimica farmaceutica. Allievo di Piutti e poi di Bottazzi, si consacrò con impegno alla chimica biologica, in cui pure conseguì la docenza. Nel 1930 risultò, per concorso, professore di questa disciplina a Torino. Pubblicava di recente un trattato apprezzatissimo. Notevoli sono i suoi studi sul principio antipernicioso del fegato. Singolare tempra di studioso, aveva una cultura vastissima e multiforme. F. F.

È deceduto in età di 79 anni WASHINGTON CRILE, uno dei più rinomati chirurgi degli Stati Uniti; era professore di chirurgia alle Università Western Reserve e Wooster. Il suo nome è legato alla concezione e alla pratica dell'anociassociazione, allo studio dello shock chirurgico, allo studio della tiroide, alla tecnica della trasfusione di sangue ecc.

È deceduto in età di 88 anni il prof. GUSTAV RIEHL, clinico dermatologo all'Università di Vienna.

È deceduto in Roma il prof. LORENZO COLESCHI, consulente dell'I.N.F.A.I.L., valente studioso e professionista.

All'età di 70 anni ha cessato di vivere in Roma il dott. FRANCESCO MARTIRANO. Fu un distinto malariologo e diresse per parecchi anni il servizio Sanitazio delle Ferrovie dello Stato.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Ormoni, ag. — F. PARRONI. Preipofisi e pancreas.
Arch. It. di Anat. e Ist. pat., sett. — C. SIRTORI. A. DISCONZI. Stati ipertensivi. — C. RENDANO. Gozzi ossifici.
Min. Med., 1 sett. — Terapia.
Praxis 27 ag. — A. GRUMBACH. Le infezioni anaerobiche.
Settim. Med., 12 lug. — E. CALANDRA. Trattam. dei feriti da incursioni aeree.
Giorn. di Cl. Med., 10 ag. — L. BENACCHI. Ac. nicotinico nelle sindromi colitiche. — A. SCARPA. Calcificazioni pleuriche.
Rev. Clin. Españ., 30 lug. — J. M. ADAMA TRUCHUELO. Sindrome di Adie. — J. ALIX e al. Studi immunologici sulla tbc.
Ann. Med. Nav. e Col., lug.-ag. — B. BABUDIERI. Profilassi specifica del dermotifo. — G. ACANFORA e G. AMALFITANO Colite da metadissenterici.
Min. Med., 15 sett. — F. ROMEO. Esploraz. Funzion. dell'apparato tubulo-renale.
Settim. Med., 26 lug. — G. D'ALESSANDRO e R. CAGIOPPO. Focolaio di fluorosi dentaria.
Rev. Méd. Españ. 15 ag. — C. JIMÉNEZ e al. Astenia muscolare da ipo-potassemia. — F. ORENGO-DIAZ DEL CASTILLO. Alimentaz. ed eclampsia.
Presse Méd., 7-10 genn. '42. — A. SOULAIRAC e S. JONANNAIS. Insufficienze surrenali fruste e stati depressivi. — *Id.*, 14-17 genn. P. MAURIAC. Sistema neuro-vegetativo in patol. — *Id.*, 21-24 genn. S. LABORDE. Recenti ipotesi sull'orig. del cancro. — *Id.*, 11-14 febbr. M. JAUBON e al. Meninfite erpetica. - H. ROGER. Passato e avvenire della specie umana. — *Id.* 24 febbr. C. LEVADITI e A. BERNER. Gli ultravirus al microscopio elettronico. — *Id.*, 10 mar. M. LAPIPE e J. RINDEPIERRE. L'elettrourto in psichiatria. - G. ROUSSY. Istinto e intell. — *Id.*, 10 apr. P. LESTRE. Streptococco e scarlattina. - 20 apr. P. BRODIN e al. Colecistiti croniche non litiasiche. - 30 mag. L. JUSTIN-BESANÇON e C. LAROCHE. Acido linoleico. - 20 giu. A. LAFITTE e A. GROS. Intossicaz. da cadmio. - 1 ag. R. RIVOIRE. Galattosemia provocata nell'insuffic. epatica. - 8. ag. R. FONTAINE e L. FRUHLING. Trattam. chir. d'ipertensione art. maligna. - 15 ag. J. A. BARRÉ. Ipotens. intra-cranica. - 22 ag. R. KOURILSKY. La sete nel diabete insip. - 5 sett. L. CORNITO e al. Ferite di guerra dei nervi periferici.

Indice alfabetico per materie

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME L Roma, 15 Febbraio 1943 - XXI Num. 7

"IL POLICLINICO,,

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALI RIUNITI DI ROMA
POLICLINICO UMBERTO I
II PADIGLIONE - SEZIONE NEUROCHIRURGICA
Prof. A. CHIASSERINI
Primario-Aggregato Clinico

La termometria cutanea saggiata col termometro elettrico. Suo valore nella indagine funzionale e nel criterio prognostico delle affezioni vascolari degli arti.

Dott. ALDO SOVENA, Aiuto Chirurgo f. f.

Indipendentemente dalle rivoluzioni cardiache, il calibro delle arterie periferiche è soggetto a variazioni che determinano vasodilazione — i cui meccanismi sono poco conosciuti — e vasocostrizione, che può derivare da diretto stimolo sulle fibrocellule della muscolare arteriosa, ma che è per lo più determinata da stimolo della innervazione vascolare simpatica.

Tale vasocostrizione, prolungata oltre un certo limite, può divenire vasospasmo, stato patologico che di per sè — senza, cioè, intervento di ostruzione del lume arterioso — conduce alla ischemia del territorio irrorato. Su un lume arterioso parzialmente ristretto da una stenosi organica la componente funzionale vasospastica può condurre sino alla completa occlusione.

La soppressione del simpatico, togliendo il fattore costrittorio, porterà alla eliminazione dello spasmo vasale. L'azione spastica e la successiva cessazione possono esser constatate, per così dire, « de visu », quando, nella simpatectomia periarteriosa, si osserverà l'arteria divenire dapprima biancastra e cessare di pulsare per lo stimolo portato dall'intervento sulla innervazione simpatica, e quindi dilatarsi, una volta soppressa l'innervazione stessa.

È noto come nelle affezioni vascolari degli arti possano esser distinte delle stenosi organiche, cioè con restringimento anatomico del lume vasale (per es. la arteriosclerotica), delle stenosi spastiche, in cui la obliterazione del

lume è dovuta a uno spasmo delle cellule muscolari delle pareti vasali (tipico il m. di Raynaud) e delle stenosi miste, in cui si associa stenosi organica e spasmo, e il cui prototipo è la endoangioite obliterante o m. di Leo Buerger.

Le stenosi arteriose appartengono comunque, in genere, al tipo misto, con associazione cioè, in misura variabile, del componente organico di restrizione del lume e del fattore vasospastico. Dato che solo questo può essere eliminato dall'intervento chirurgico, il sapere se in una sindrome da deficiente irrorazione di un arto esiste una componente vasospastica e quale ne è il grado rispetto alla alterazione organica arteriosa ha grande importanza per la decisione di intervenire o meno e per la prognosi post-operatoria.

Infatti, determinata con sufficiente sicurezza l'entità del vosospasmo, cioè della parte simpato-irritativa, si potrà prevedere — sempre tenendo fondamentale calcolo della rispondenza individuale — quali benefici si avranno una volta soppresso uno dei due anelli — che talora è il fondamentale — della catena ostacolo meccanico-spasmo.

Sarà quindi necessario, di fronte a un disturbo circolatorio periferico, giudicare: 1) il grado del disturbo stesso, cioè della deficiente irrorazione vasale; 2) quale parte in ciò abbia il fattore organico e quale quello spastico.

Per addivenire al primo giudizio, esistono alcuni dati obbiettivi fondamentali, come pure varie prove funzionali. Alcune di esse, le più semplici, rientrano nel comune esame obbiettivo al letto del malato; altre possono venire eseguite con mezzi molto semplici, altre infine necessitano di speciali strumenti.

Passerò sinteticamente in rivista i più probativi mezzi d'esame in questione, per trattenermi sulla termometria cutanea e sul suo valore funzionale e la sua importanza quale indice preoperatorio e prognostico nelle affezioni vascolari degli arti.

***

L'ispezione dell'arto interessato potrà mostrarci un colorito normale della cute, o viceversa un pallore, una cianosi, una colorazione a chiazze, come anche la presenza di flittene, di escare ecc.

In caso di scarso afflusso sanguigno, la cute dell'arto pendente sarà rosea, mentre diverrà pallida ad arto sollevato. Tale pallore sarà massimo ad arto perpendicolare al piano del letto, diminuendo man mano che l'arto ritorna alla posizione orizzontale, e ciò più o meno precocemente a seconda del grado della stenosi arteriosa. L'angolo in cui si trova l'arto al momento della scomparsa del pallore è stato chiamato da Buerger « angolo di sufficienza circolatoria », e può esser preso quale indice comparativo, naturalmente approssimativo, del grado della stenosi stessa.

La palpazione delle arterie periferiche (pedidia, radiale) che — se bene apprezzabili — dimostrano naturalmente una pervietà del proprio lume, potrà far apprezzare una differenza fra i due lati, un transitorio deficit per vasospasmo, una mancanza del polso periferico (riscontrabile però anche nell'1-2 % degli individui normali) e quindi una grave deficienza dell'afflusso arterioso.

Prove funzionali di assai semplice determinazione sono:

Prova di Aldrich e Mc Clure, basata sul riassorbimento di un ponfo di soluzione fisiologica iniettata intraderma, che di norma avviene nel tempo di 60-90', ed è molto più rapido nei deficit di irrorazione degli arti, a causa della secchezza e conseguente idrofilia dei tessuti.

Reazione della cute all'istamina: iniettando intraderma cc. 0,1 di fosfato acido di istamina all'1 ‰, si ha di norma la comparsa rapida di una chiazza rossa in loco (per dilatazione locale vasale) attorno alla quale si forma — per dilatazione arteriolare riflessa — un alone roseo e in terzo tempo un ponfo (aumentata permeabilità capillare). Tutto ciò nel tempo di 5'.

Ogni modificazione di tale reazione (mancata comparsa, ritardo, comparsa di uno solo dei fenomeni della suindicata triade, detta di Lewis) è indice di un deficit dell'afflusso arterioso.

Prove basate sulla vasodilatazione consecutiva a vasocostrizione provocata e presente soltanto se normale il calibro delle arterie. Tali prove danno però solo un indice della circolazione cutanea. Le più semplici consistono: nella frizione della cute con alcole o etere, che provoca una iperemia vasoparalitica secondaria, che compare soltanto nelle zone bene irrorate; nella stimolazione della cute, strisciandovi un pettine, una matita ecc., il che provoca delle strie pallide, che divengono quindi iperemiche (strie vasomotorie di Cosacesco). L'iperemia è deficiente o manca nelle zone male irrorate.

Sullo stesso principio è basata *la prova di Moskovicz*, che consiste nella constatazione dell'afflusso più o meno rapido e più o meno completo di sangue in un arto cui sia stata ap-

plicata e quindi rapidamente tolta una fascia di Esmark, afflusso dimostrato dalla iperemia di reazione, che è normale, manca o è diminuita a seconda dello stato di pervietà delle arterie. Tale manovra è però eccessivamente traumatizzante.

Altra prova semplice è quella della *calorimetria*, basata sulla misurazione delle modificazioni di temperatura di un dato volume di acqua a 12-15 gradi in cui sia stato immerso l'arto del paziente.

Tra le prove da eseguire con speciali strumenti è anzitutto da ricordare la misura della pressione arteriosa e soprattutto la

oscillometria: l'indice oscillometrico dovrebbe essere un buon segnale della misura del calibro vasale. L'assenza di oscillazioni indica naturalmente la impervietà dell'arteria. L'esame sarà comparativo fra due regioni simmetriche, tenendo conto che anche in individui normali possono aversi piccole differenze oscillometriche.

Accenno appena alla misurazione con altri strumenti quali: il pletismometro di Johnson, che permette la misurazione del volume del polso periferico anche nelle dita; l'ago termoelettrico di Brooks e Jostes che, infisso nella cute, ne misura la temperatura; il caudalometro di Diez, che misura la quantità di sangue affluita in un dato territorio in un tempo x; il capillariscopio.

La *arteriografia* infine — introdotta da Sicard e Forestier e per primo in Italia da Chiasserini — attualmente eseguita con torotrast, a prescindere da un eventuale arresto del mezzo di contrasto per completa obliterazione del lume arterioso, darebbe sec. alcuni AA. ragguagli secondo la forma della immagine ottenuta (regolare, sinuosa ecc.): ma essa « nelle arteriti degli arti non è necessaria, non offre i risultati che si possono ottenere con metodi incruenti, può esser pericolosa » (Chiasserini).

Recentissimi strumenti poi si basano sul principio della cellula fotoelettrica e sulle modificazioni della resistenza elettrica cutanea locale.

*
* *

Veniamo ora alla descrizione della prova funzionale che ha dimostrato, nei molteplici esami eseguiti nella sez. Neurochirurgica del prof. Chiasserini, di essere la più precisa e la più sensibile: la misurazione della temperatura cutanea.

La temperatura cutanea deriva dal rapporto fra calore dato dal sangue circolante e dai tessuti profondi (muscoli) e quello ceduto per irradiazione ed evaporazione. A condizioni esterne di equilibrio e su zone non ricoprenti spessi muscoli, in individuo a riposo, si possono avere dati sulla temperatura locale. Il comune termometro cutaneo non è adatto ad essere applicato su zone ristrette (dita) nè ha sufficiente sensibilità.

A tali requisiti risponde invece il termometro elettrico (Dermaterm Tyco): esso consta di 4 termocoppie unite in serie a formare una termopila i cui estremi — uno mantenuto a temperatura costante in un termos e l'altro applicato sulla cute — sono collegati con un millivoltometro: la cifra data da questo — in gradi centigradi — è la differenza fra i due estremi suddetti, e deve essere aggiunta o sottratta da quella del calore del termos, segnato da un termometro comune. Tale calore deve andare da 28 a 30 gradi. La temperatura ambiente deve andare da 18 a 24 gradi (optimum 22), poichè le temperature minori dànno vasocostrizione e le maggiori non permettono la produzione di variazioni con modificazioni locali.

È necessario, per avere dati precisi, che il paz. stia prima dell'esame per almeno mezz'ora alla temperatura ambiente, e a riposo, provvedendo a eliminare la eventuale sudorazione, che porterebbe a dispersione di calore.

Si misureranno due punti simmetrici, che dovrebbero di norma avere eguale temperatura: la eventuale diminuzione da un lato indicherà l'ostacolo all'afflusso ematico, come la brusca caduta in un dato punto, misurando zone vicine, potrà dare indicazione sul punto dell'ostacolo.

Si eviterà di misurare su zone scabre, callose, cheloidi, cicatriziali ecc., come pure su zone infiammatorie, eventualità, questa, frequente nelle alterazioni vascolari degli arti, specialmente attorno a zone di necrosi.

Di norma, la temperatura è minore agli arti inferiori, e diminuisce verso gli estremi distali, giungendo alle dita del piede a 24-32 gradi, mentre alla coscia può giungere sino a 35.

Tutte le prove descritte potranno dare un indice del grado di deficit circolatorio: necessita però conoscere, come ho accennato, quanta parte abbia in tale deficit il fattore spastico — eliminabile — e quanta quello organico.

Tale giudizio potrà essere preventivamente formulato producendo in qualche modo una momentanea paralisi vasocostrittoria e quindi simpatica nel territorio in esame.

La transitoria esclusione del simpatico può essere ottenuta con vari mezzi. Alcuni di essi sono basati sull'aumento della temperatura del

corpo, che conducendo sangue più caldo al midollo spinale e ai centri superiori porta a una reazione vasodilatatoria.

La più semplice è la prova della coperta di lana (Lewis e Pikering): la temperatura cutanea del soggetto viene misurata dopo un'ora di permanenza sotto tre coperte di lana, e dovrebbe giungere, agli alluci, a 33°. Il grado della variazione darà un indice del grado del vasospasmo.

Il riscaldamento può essere ottenuto immergendo le mani e gli avambracci del soggetto in acqua a 45° per mezz'ora (Landis e Gibbon).

Sullo stesso principio, ma con la misurazione oscillometrica, è basata la prova di Babinsky e Heitz, che fanno immergere l'arto per 10' in acqua a 40° prima dell'esame.

Il corpo può esser riscaldato provocando (Brown) una ipertermia per mezzo di un vaccino e traendo il c. d. indice vasomotorio (che cresce progressivamente al vasospasmo) dalla formula:

$$\frac{\text{aumento temp. cutanea} - \text{aumento temp. boccale}}{\text{aumento temp. boccale}}$$

Il riscaldamento infine può aversi ponendo il soggetto sotto una cassa di legno entro la quale sono delle lampade che portano la temperatura nell'interno a 50°. Il soggetto in esame terrà fuori della cassa — attraverso speciali aperture — il capo e il collo, gli arti superiori, e gli inferiori sino alle ginocchia. Tali parti del corpo saranno quindi esposte a temperatura ambiente. Man mano che il sangue, riscaldato, giunge agli arti, la temperatura, sempre misurata agli estremi distali, aumenta, più o meno e con diverso ritmo a seconda della prevalenza dello spasmo o della stenosi organica.

È questo il sistema più comunemente adottato nel nostro Reparto, per i suoi risultati più probativi.

La paralisi momentanea del simpatico può esser provocata in altri modi: con l'infiltrazione novocainica della catena e dei gangli simpatici corrispondenti, sia agli arti superiori che inferiori (White), prova spesso di difficile esecuzione; con l'anestesia novocainica al 2 % di dati tronchi nervosi (mediano, ulnare, tibiale posteriore ecc.) (Morton e Scott); infine con l'anestesia generale eterea o la Rachianestesia, che pure producono rilasciamento del tono dei vasocostrittori.

Anche con questi metodi il « livello di dilatazione ' farà giungere in un individuo normale la temperatura agli estremi distali a circa 33°

S'intende che le elencate prove simpatico-paralitiche, come inducono modificazioni della termometria cutanea, modificano anche gli altri metodi di indagine (oscillometria, ecc.).

Nella sezione Neurochirurgica del professor Chiasserini nella indagine funzionale delle affezioni vascolari degli arti viene dato il massimo valore ai dati della termomisurazione cutanea.

Il termometro elettrico, infatti, registrando le minime variazioni della temperatura cutanea, dà indubbiamente una indicazione oltremodo sensibile.

L'esperienza di numerosissimi casi ha dimostrato la rispondenza delle indicazioni di tale prova con i risultati operatori.

La temporanea esclusione simpatica viene ottenuta con la prova della camera calda, che si è dimostrata la più semplice e la più probativa.

Viene praticamente tenuto conto delle misurazioni fatte agli estremi distali (dita dei piedi, specie alluce, ultime falangi delle dita delle mani).

Per la valutazione dei risultati e della importanza di tali prove funzionali, credo opportuno riportare in diagramma qualche caso più dimostrativo fra i moltissimi presi in esame.

Nelle tabelle che seguono, ove sia stata praticata la prova vasodilatatoria, sono segnati sulle ascisse i gradi della temperatura cutanea e sulle ordinate il tempo (in m') della esposizione del paz. alla prova stessa.

In un individuo normale si avrà — con la prova vasodilatatoria — un comportamento quale è schematizzato nella Tab. I.

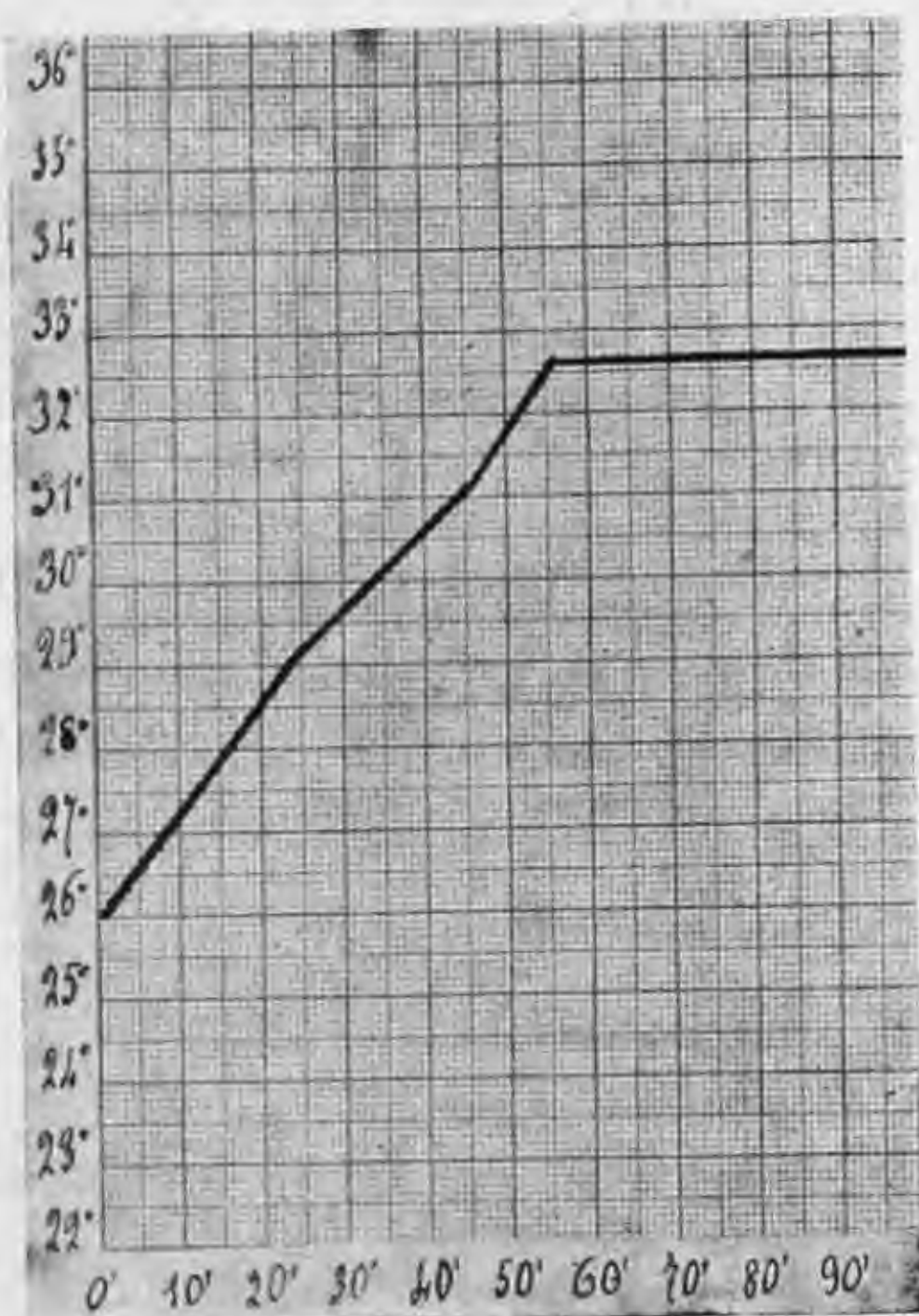
Quando la stenosi vasale ha carattere prevalentemente organico, la temperatura cutanea non subirà naturalmente apprezzabili modificazioni anche dopo la eliminazione momentanea del simpatico. Tale è il caso riportato nella Tab. II.

T. E., a. 64. Gangrena secca arteriosclerotica alluce S. Non apprezzabile la pulsazione delle pedidie.

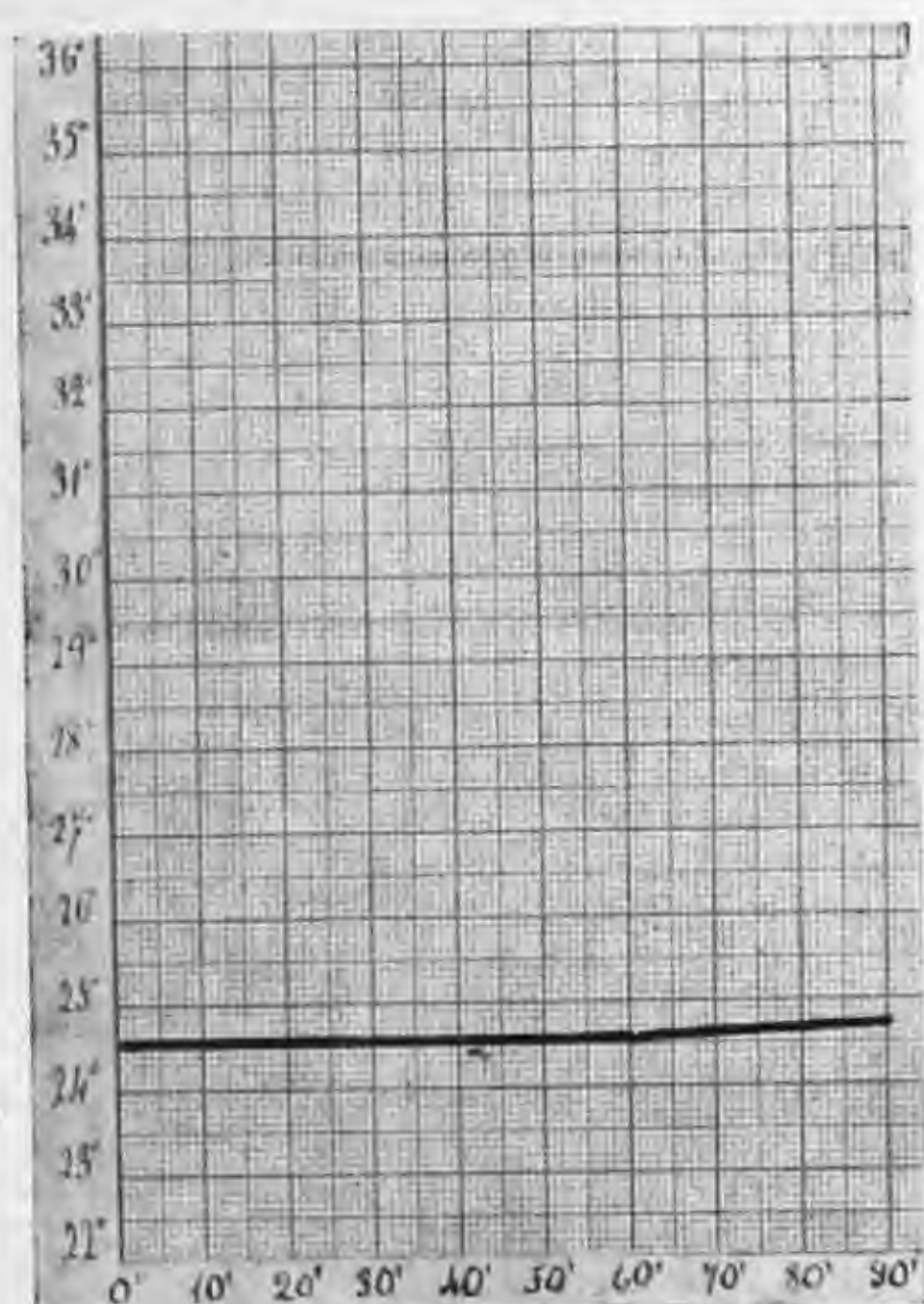
Dopo la prova della camera calda non si ha apprezzabile aumento della temperatura cutanea (stenosi organica) (v. Tab. II).

La dimostrazione, invece, della natura quasi esclusivamente spastica della stenosi vascolare sarà data dal forte aumento della temperatura cutanea una volta vinta la costrizione simpatica. Tale è il caso schematizzato nella Tab. III, in cui la temperatura cutanea ebbe — dopo soli 15' di bagno luce — un aumento di oltre 9 gradi alle ultime falangi delle dita.

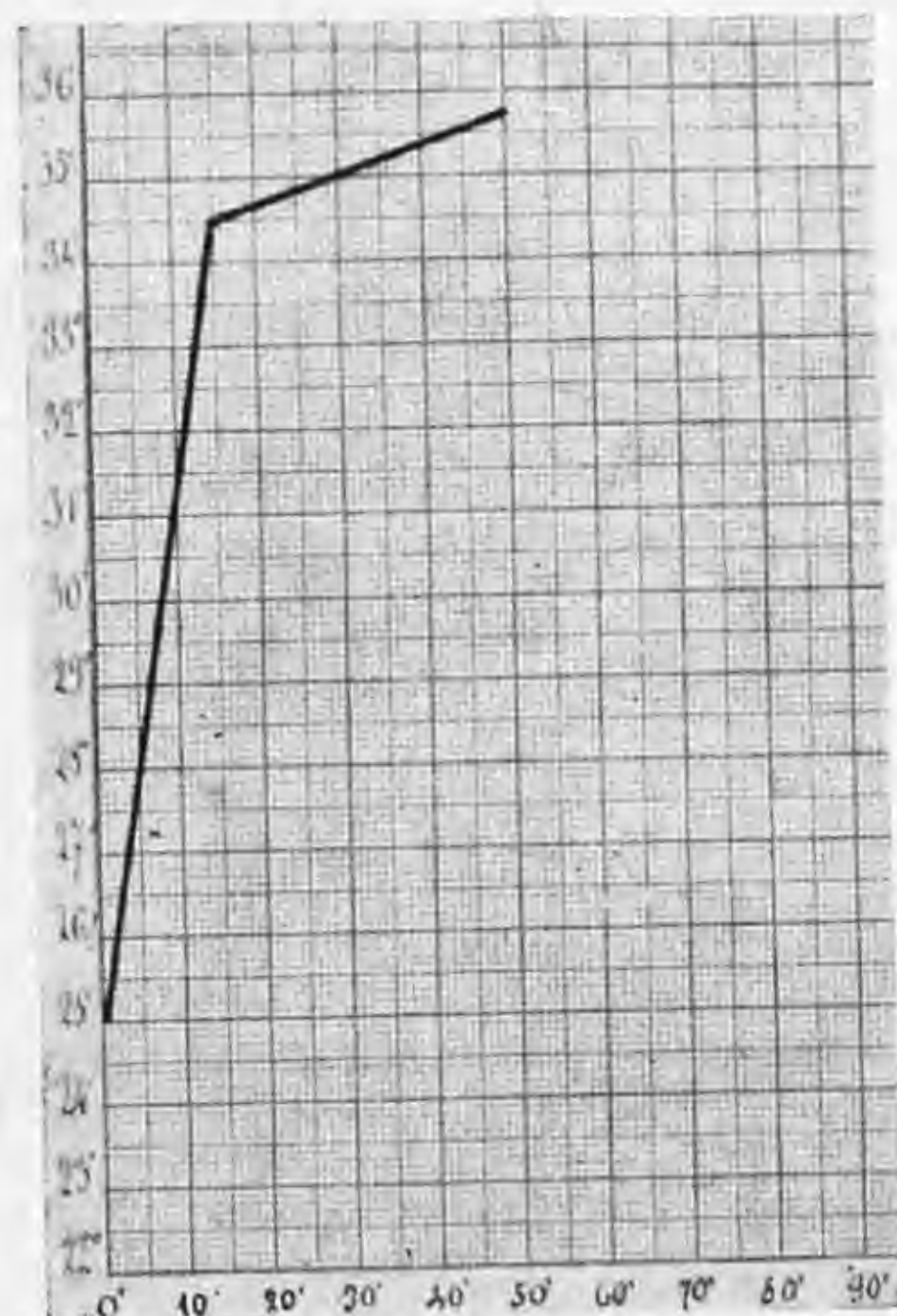
Casi simili sono naturalmente quelli che più beneficamente vengono influenzati dall'intervento chirurgico.

Tabella I.

Individuo normale: la temperatura cutanea sale di circa 6 gradi in circa 50' per poi stabilizzarsi.

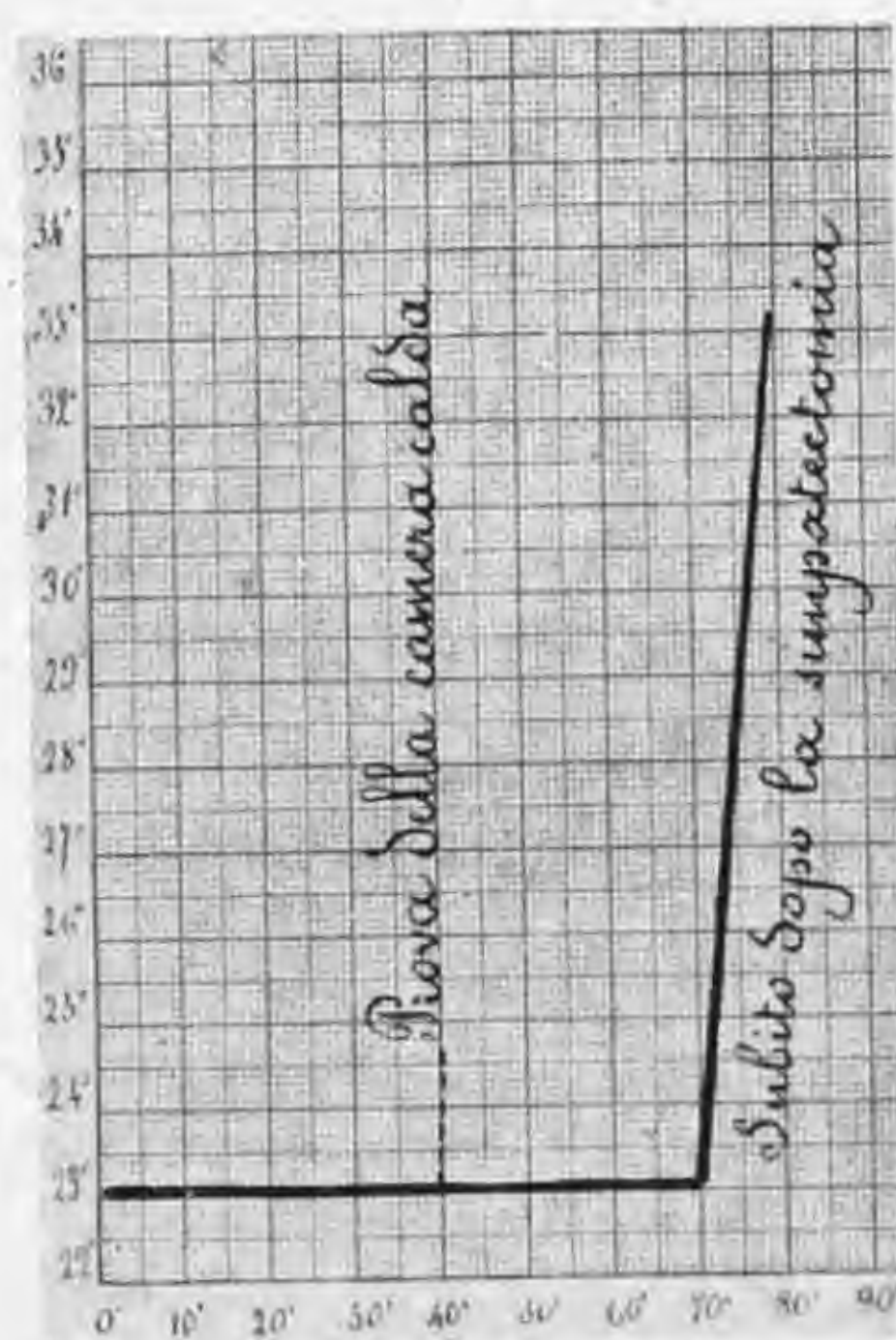
M. G. a. 18. Accessi acroasfittici braccio D.
La temperat. cutanea sale in 15' da 25° a 34° 1/2 con la prova della camera calda (spiccato spasmo vasale) (v. Tab. III).

Tabella II.

Eccezionalmente, anche in casi di prevalente o assoluto vasospasmo, le prove funzionali possono non dare risultato attendibile.

Tale è il caso della Tab. IV, in cui la prova della camera calda e persino la Rachianestesia non avevano portato modificazioni evidenti

Tabella III.

della temperatura cutanea. (È doveroso però far presente che la soluzione novocainica della R. A. era associata all'adrenalina).

L'intervento fu egualmente deciso, in questo caso, basandosi sul carattere clinico delle manifestazioni morbose a tipo nettamente

Tabella IV.

acroasfittico. La deduzione clinica si dimostrò giusta.

Infatti, a prescindere dal notevolissimo re-

sultato terapeutico, sì da poter parlare di guarigione clinica, la termometria, presa al tavolo operatorio, dimostrò un immediato e notevole aumento della temperatura cutanea non appena fu chirurgicamente troncata la catena simpatica.

C. A. a. 29. Vasospasmo dei quattro arti.
La temperat. cutanea (alluci) rimane immutata dopo oltre 70' di bagno-luce come pure dopo R. A. Subito dopo la asportazione del simpatico lomb. D., la temperatura sale immediatamente di 10 gradi.
Alla dimissione dal reparto, circa un mese dopo la simpatect. lom. D. e 15 gg. dopo la S., la termometria cutanea dimostrava aumento di 11° rispetto all'esame praticato precedentemente all'intervento (v. Tab. IV).

Come ho già detto, il grado della compartecipazione spastica nelle forme di endoangioite obliterante darà o meno l'indicazione all'intervento.

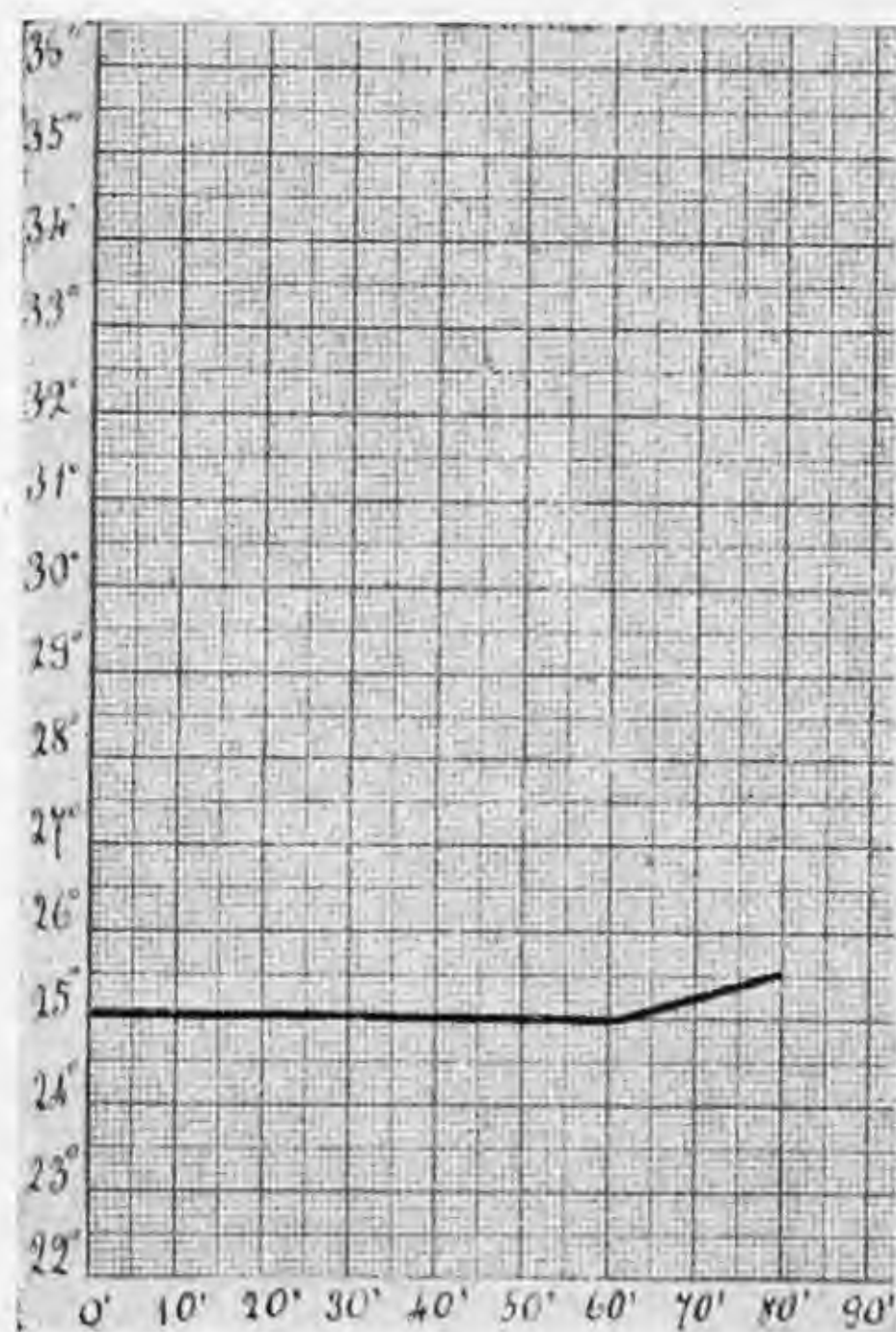



TABELLA V.

Nella Tab. V è riportato un caso di M. di Buerger in cui la prova funzionale dimostrò un avanzato grado di stenosi organica, non essendosi avuta che una minima elevazione della temperatura cutanea con la prova della camera calda.

Il paz. non venne operato.

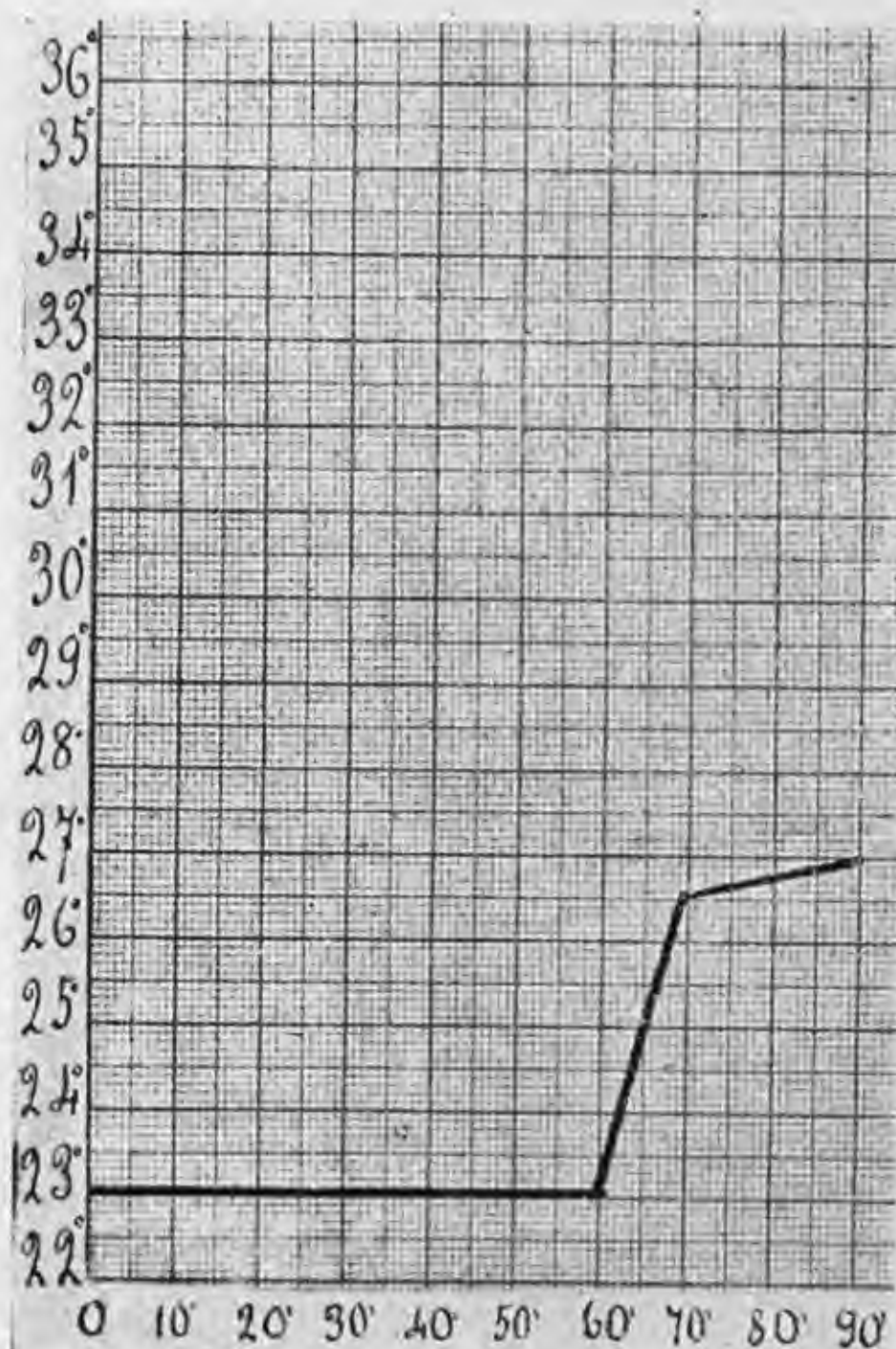
S. A., 36. M. di Buerger arti infer.
L'indagine funzionale dimostra il grado avanzato della stenosi organica: infatti con la prova della camera calda non si ottengono apprezzabili modificazioni della temperatura cutanea (v. Tab. V).

In taluni paz., particolarmente quando al fattore spastico si associa l'alterazione organica, si osserva, con la prova vasodilatatoria, che, mentre per circa 50-60' la temperatura cutanea rimane immutata sotto il bagno luce, trascorso tale tempo sale quasi improvvisamente, quasi che, raggiunta nel sangue una determinata soglia calorica, si abbia allora la paralisi simpatica.

Occorre tener conto di ciò, e prolungare la prova della camera calda, quando non dia apprezzabile pronto risultato, sino 70 e anche 90 m'.

T. F., a. 40. M. di Buerger arti infer.
Con la prova della camera calda la temperatura cutanea — rimasta immutata per 60 m' — sale molto rapidamente per poi stabilizzarsi (v. Tabella VI).

La termometria cutanea dimostra anche che la interruzione operatoria simpatica non porta

TABELLA VI.

soltanto a vasodilatazione nell'arto interessato ma, almeno momentaneamente, anche nell'arto omologo.

Nel caso della Tab. VII — tipico M. di Buerger — veniva praticata simpatectomia lombare D. Il piede D. era il più interessato dal processo endoangioitico: la prova funzionale eseguita col blocco novocainico del n. tibiale posteriore, aveva data una sufficiente indicazione operativa.

La misurazione della temperatura al tavolo operatorio subito dopo la interruzione simpatica indicò una spiccata vasodilatazione controlaterale, dimostrata dall'aumento della temperatura cutanea.

Ciò dava evidentemente la migliore indicazione all'intervento anche dall'altro lato.

Z. N., a. 29. M. di Buerger arti infer., prevalente a D.

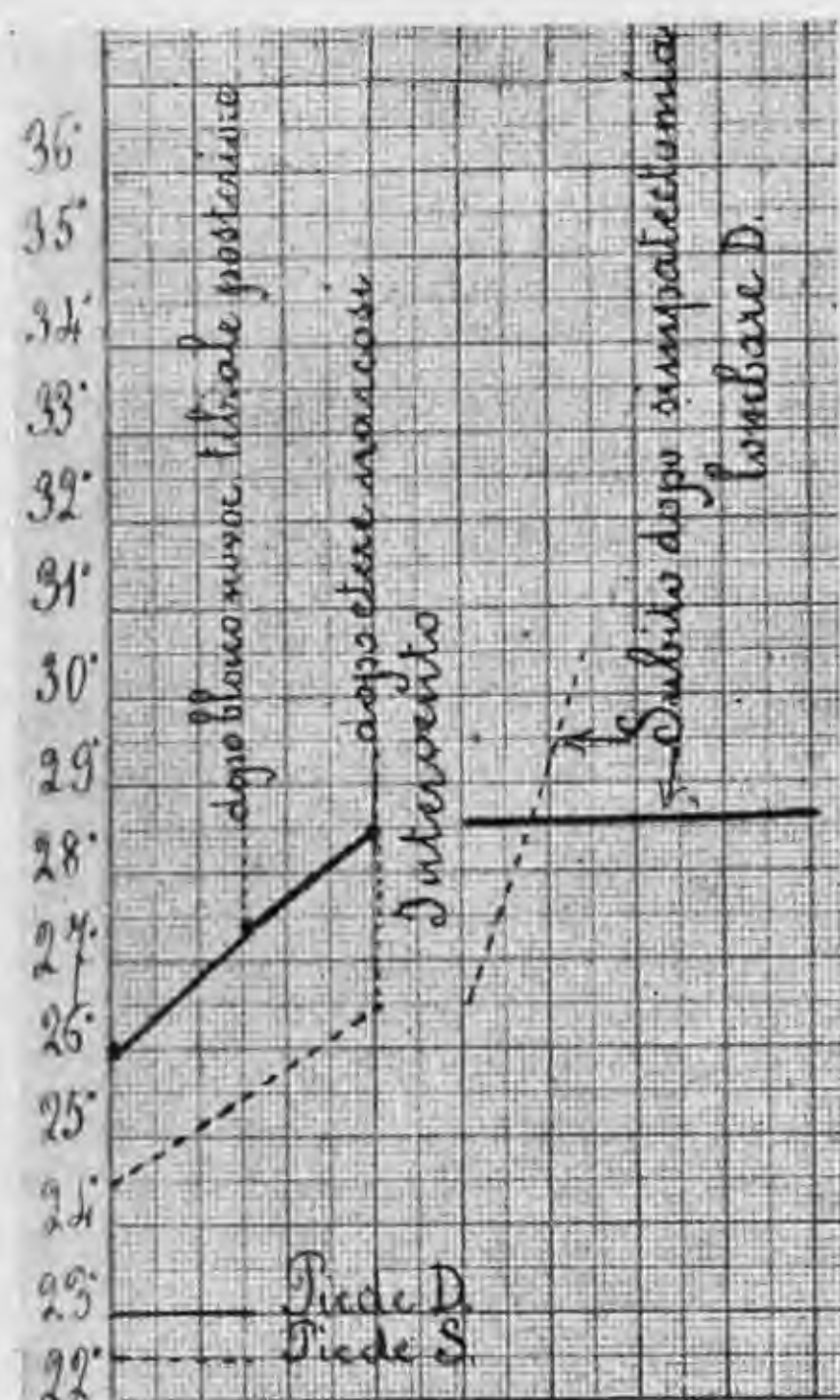
Pedidia non apprezzabile bilateralmente.

Temperatura cutanea alluce S. 24° 1/2 a D. 26° (esistono fenomeni di flogosi).

Dopo blocco novocainico del tibiale posteriore a D., aumento di 1 1/2°.

Dopo etere narcosi aumento di 1° a D., 2° a S.

Subito dopo l'asportazione del simpatico lombare D., termometria pressochè invariata a D., aumento di 4° a S. (v. Tab. VII).

TABELLA VII.

Il grado della vasodilatazione post-operatoria corrisponde o è superiore a quello ottenuto con la prova della camera calda o le altre prove funzionali, e testimoniato dalla elevazione della temperatura cutanea.

Valga quale esempio il caso seguente:

B. A., a. 32. M. di Buerger arti infer. Con la Rachianestesia si ottiene graduale aumento della temperatura sino circa 3 gradi dopo 75 m' (maggiore di quello ottenuto con la prova della camera calda).

Dopo la simpatectomia, aumento della temperatura da 3 a 4 gradi.

La vasodilatazione post-operatoria porta a una elevazione della temperatura cutanea, che nelle forme a prevalente o quasi assoluto vasospasmo può giungere persino a 12-13 gradi, e che è corrispondentemente minore nelle forme con parziale stenosi organica.

La prova della camera calda (o le altre di cui ho parlato) eseguite dopo la simpatectomia non conducono ad apprezzabile aumento della temperatura cutanea: la ragione è bene evidente.

Talora, tuttavia, a distanza di qualche tempo può aversi qualche aumento: ciò indica che la prova calorica modifica un ripristinato e più o meno modico grado di vasospasmo. Ricorderò a tale proposito una recente spiegazione del ritorno eventuale di un parziale vasospasmo dopo simpatectomia. Le fibrocellule muscolari della parete arteriosa conservano, anche dopo la interruzione simpatica e la conseguente abolizione di impulsi costrittori, una sensibilità agli ormoni simpaticomimetici, esaltata anzi dopo la sezione dei rami grigi (post-gangliari).

A proposito della misurazione della temperatura cutanea al tavolo operatorio, di cui ho citato due casi, è interessante notare come essa dimostri spesso la immediata rispondenza vascolare alla interruzione dello stimolo vasocostrittivo.

L'aumento della temperatura cutanea dopo la simpatectomia — indice del permanere della vasodilatazione con le conseguenti benefiche ripercussioni circolatorie e trofiche — permane pressochè costante nei giorni successivi all'intervento.

Ciò almeno ho potuto controllare nei 12-15 giorni in cui si protrae di solito la degenza post-operatoria del paziente. Ma — ciò che più ha valore — i numerosi controlli da me eseguiti a distanza di tempo (da 1 a 5 anni) hanno dimostrato in genere la costanza pressochè immutata dell'aumento avvenuto nella temperatura cutanea dopo la simpatectomia. La eventuale diminuzione può essere spiegata con la teoria miogenica di cui ho già fatto cenno.

Dalle osservazioni fatte, ed esposte nei diagrammi precedenti, si possono trarre i seguenti dati:

Dopo vasoparalisi simpatica ottenuta con uno dei metodi accennati

1) negli individui normali la temperatura cutanea ha un aumento di circa 6 gradi;

2) nelle stenosi vascolari a carattere prevalentemente organico non si hanno che minime o non apprezzabili variazioni della temperatura cutanea;

3) il massimo aumento (sino 12 e più gradi) si ha nelle forme di stenosi prevalentemente spastica.

In tali casi eccezionalmente lo spasmo può non esser vinto dai metodi funzionali vasoparalitici, ma viene egualmente abolito dalla interruzione simpatica;

4) talora l'aumento della temperatura — specie nelle forme di stenosi miste — si ha solo dopo 60-70 m' dalla applicazione del metodo simpatico-paralitico. È necessario quindi in tali casi prolungare l'osservazione;

5) la interruzione simpatica porta a vaso-

dilatazione non solo dal lato interessato ma anche controlaterale, come dimostra l'aumento della temperatura cutanea nell'arto omologo a quello operato;

6) il grado della vasodilatazione post-operatoria corrisponde o è superiore a quello ottenuto con la prova della camera calda o le altre prove funzionali;

7) l'aumento della temperatura cutanea dopo l'intervento operatorio permane immutato nei 15-20 gg. in cui può protrarsi l'osservazione quotidiana per la degenza del paziente in Ospedale.

Ma, ciò che ha maggiore interesse, i controlli eseguiti a distanza da 1 a 5 anni dimostrano che la temperatura cutanea non viene modificata che di poco o affatto.

Quale — al vaglio della critica, della pratica e del controllo immediato e a distanza degli operati — il valore di tali prove funzionali, e particolarmente della termometria cutanea, quale indice preoperatorio e prognostico nelle affezioni vascolari degli arti? Per stabilirlo, occorre anzitutto entrare nel concetto di non chiedere troppo ad esse, non racchiudere in schemi fissi i loro risultati, di essi solo tenendo conto.

È bene sempre ricordare che non esistono malattie, ma malati, con le loro variazioni e rispondenze individuali, il loro complesso somatico e anche psichico, il loro possibile tenore avvenire di vita, e le mille altre cause che, come fanno variare un quadro clinico dall'altro, portano a una diversa conclusione pazienti che hanno in apprezzabili eguali condizioni beneficiato di un intervento chirurgico.

Anche in questo campo la diagnosi, la prognosi, l'indirizzo terapeutico scaturiscono da un complesso di esami, primo dei quali quello obbiettivo del malato.

Tuttavia il valore della prova funzionale di cui ho trattato conserva una grande importanza: Chiasserini afferma che i risultati immediati degli interventi hanno coinciso con quelli ottenuti nelle prove funzionali preoperatorie, ottimi, cioè, nei casi in cui il componente vasospastico era di alto grado; buoni nel vasospasmo di medio grado, mediocri o nulli nei casi di vasospasmo scarso o assente.

Si può concludere che nelle affezioni vascolari degli arti, accanto ai dati fondamentali dell'esame clinico saranno di prezioso ausilio, quale indice preoperatorio e prognostico, i metodi di indagine funzionale.

Allo stato attuale, la termometria cutanea può essere ritenuta il più probativo e sensibile di tali Metodi.

RIASSUNTO.

L'A. passa anzitutto in rassegna i vari metodi di indagine funzionale delle affezioni vascolari degli arti.

Si intrattiene particolarmente sulla termometria cutanea saggiata col termometro elettrico. Espone i risultati ottenuti con tale metodo di indagine nei molteplici esami eseguiti nella Sezione Neurochirurgica del prof. Chiasserini, riportando in diagramma qualche caso più dimostrativo.

Conclude che la termometria cutanea è il più preciso e sensibile dei metodi suddetti, ed è un prezioso indice preoperatorio e prognostico nelle affezioni vascolari degli arti.

Consegnato in Redazione, 23-7-42.

BIBLIOGRAFIA.

1) BABINSKY e HEITZ. Bull. Mém. Soc. Médicale des Hôpit. de Paris, p. 601, 1930.
2) BROWN. The journ. of the Amer. Medic. Assoc., p. 379, 1925.
3) BUERGER. *The circulatory disturbances of the extrem.* Saundes e Co. Philadelphia and London, 124.
4) CHIASSERINI. Arch. Ital. Chirurgia, 1930.
5) ID. Arch. Ital. Chirurgia, 1931.
6) ID. Policlinico, Sez. pratica, 1933.
7) ID. Baglivi, 1935.
8) ID. Riv. endocrin. e neuroch., 1935.
9) ID. Journ. internat. de chir., 1937.
10) ID. Forze Sanitarie, n. 18, sett. 1941.
11) COSACESCO. Presse Médic., IX, 1923.
12) CRAIG HORTON. Journ. cl. investig., p. 573, 1933.
13) DIEZ. La tromboang. obliter. Libreria « El Ateneo », 1934.
14) LANDIS e GIBBONS. Arch. of intern. med. p. 782, 1933.
15) ID. Journ. cl. invest., 1932.
16) GONZALES AGUILAR. Congr. Soc. Intern. Chirurg., 1936.
17) LERICHE. id. id.
18) LERICHE e FONTAINE. Presse Médic., p. 1100, 1933.
19) LANGERONS. *Les oblitérat. artérielles des membres*, Doin, Paris, 1930.
20) LEWIS e PICKERING. Heart, p. 33, 1931.
21) SICARD e FORESTIER. Bull. Mém. de la Soc. de Biologie, 12, V. 23.
22) UGELLI. Rivista endocr. e neurochir., 1935.
23) WHITE. The Journ. of the Am. Med. Ass. 1920.

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO DI ANATOMIA UMANA NORMALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. VINCENZO VIRNO

Le vie di accesso al piccolo trocantere.

Dott. VALFREDO MARINO, aiuto chirurgo
degli Ospedali Riuniti di Roma

Il caso che esporrò brevemente mi pare il problema sulla via più facile e meno lesiva per gli organi vicini, di accesso al piccolo trocantere. Si trattava di una ragazza di 15 anni che era in cura da due anni per una osteomielite acuta del femore che aveva dato luogo a numerosi sequestri e nel momento in cui cadde sotto la mia osservazione, presentava un tramite fistoloso alla faccia esterna della coscia destra. Il tramite fistoloso, specillato, conduceva verso l'interno e in alto, e, come fu possibile accertare da un esame radiografico (vedi fig. 1), dipendeva dalla presenza nel piccolo trocantere di una cavità contenente un sequestro.

Io seguii allora la via anteriore di cui ora parlerò ed estrassi il sequestro ottenendo la guarigione della paziente.

Ma in un secondo caso che capitò alla mia osservazione più tardi, in cui una scheggia metallica entrata dalla natica si era fermata contro il piccolo trocantere sulla sua faccia posteriore, seguendo la via anteriore, non riuscii a togliere la scheggia e dovetti seguire la via posteriore dalla quale mi riuscì agevole togliere la scheggia.

Una terza via, la mediale, teoricamente possibile, ma poco comoda non ho mai avuto occasione di seguire e credo che non abbia indicazione speciale.

Poichè in nessun testo di anatomia chirurgica o di tecnica operatoria ho visto prese in considerazione le vie di accesso al piccolo trocantere, mi è parso utile esporre brevemente le due vie principali di accesso con i loro vantaggi e le loro indicazioni.

La figura 2 dà un'idea di come si proietti sul piano cutaneo della regione inguino-femorale proprio al limite con la regione anteriore della coscia; la figura 3 i rapporti coi muscoli del piano superficiale della coscia.

Il piccolo trocantere si trova poco al disotto di una linea orizzontale che passi per il margine inferiore dell'ischio: sul piccolo trocantere si inserisce l'ileopsoas che è il muscolo guida per giungere su di esso.

La via di accesso è assai semplice: si fa una incisione obliqua, parallela al margine mediale del sartorio, estesa 12 cm. circa con punto di mezzo là dove un piano orizzontale passante per la tuberosità ischiatica (margine inferiore) taglia il margine mediale del sartorio. Il sartorio viene, dopo incisa la fascia, spostato lateralmente: si incide la faccia profonda della guaina del sartorio e si penetra tra retto anteriore e ileopsoas. Bisognerà con accuratezza spostare in basso i rami nervosi che dal nervo femorale vanno al quadricipite e al sartorio e si dovranno sezionare tra due legature la arteria e la vena circonflesse laterali del femore (vedi fig. 4).

Seguendo allora l'ileopsoas in basso e medialmente si cade sul piccolo trocantere per scoprire il quale bisognerà sezionare longitudinalmente il tendine dell'ileopsoas e scollare il periostio.

Questa via ha l'inconveniente dell'angustia dello spazio perchè siamo costretti a rispettare i rami quadricipitali del femorale e medialmente a tener conto della grande vicinanza dell'arteria e vena femorali.

Specialmente in processi suppurativi dove si debba drenare la vicinanza di queste due formazioni è pericolosa.

Nel caso di cui alla figura 1 però mi riuscì facile di togliere il sequestro e dal drenaggio non risultò alcun inconveniente.

Se è invece la faccia posteriore del piccolo trocantere quella su cui si deve intervenire, è necessario (come mi son dovuto convincere) seguire un'altra via, perchè la via anteriore è troppo angusta e limitata medialmente da organi (vasi) troppo delicati per poter farsi strada agevolmente.

Invece la via posteriore, tenendo, si comprende, ben presente la posizione dello sciatico, è più comoda e meno pericolosa.

La figura 5 dà un'idea esatta dei rapporti del piccolo trocantere coi piani muscolari superficiali (grande gluteo) e la figura 6 col piano muscolare più profondo della regione (piramidale, gemelli, otturatore interno e quadrato del femore).

Il piccolo trocantere, situato, come abbiamo detto, quasi alla stessa altezza della tuberosità ischiatica, corrisponde alla faccia anteriore del quadrato del femore che è ricoperto posteriormente dal grande gluteo. Lo sciatico, uscito dalla parte inferiore del grande foro ischiatico, al di sotto del piriforme, si pone dietro al quadrato del femore, avendo, medialmente, il nervo gluteo inferiore e ancora più medialmente (verso l'ischio) le arterie ischiatica e pudenda interna.

FIG. 1.

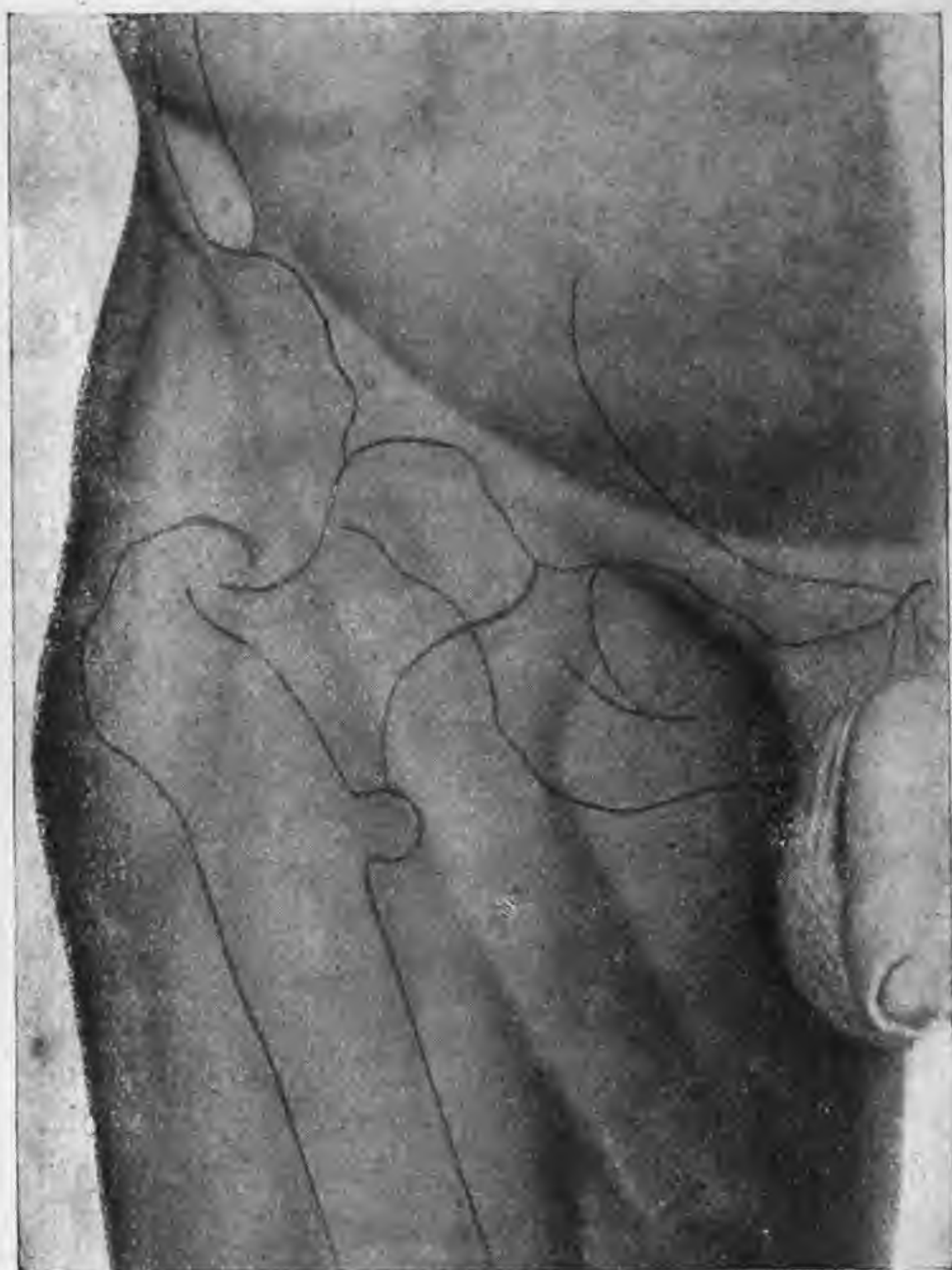



FIG. 2.

FIG. 3.

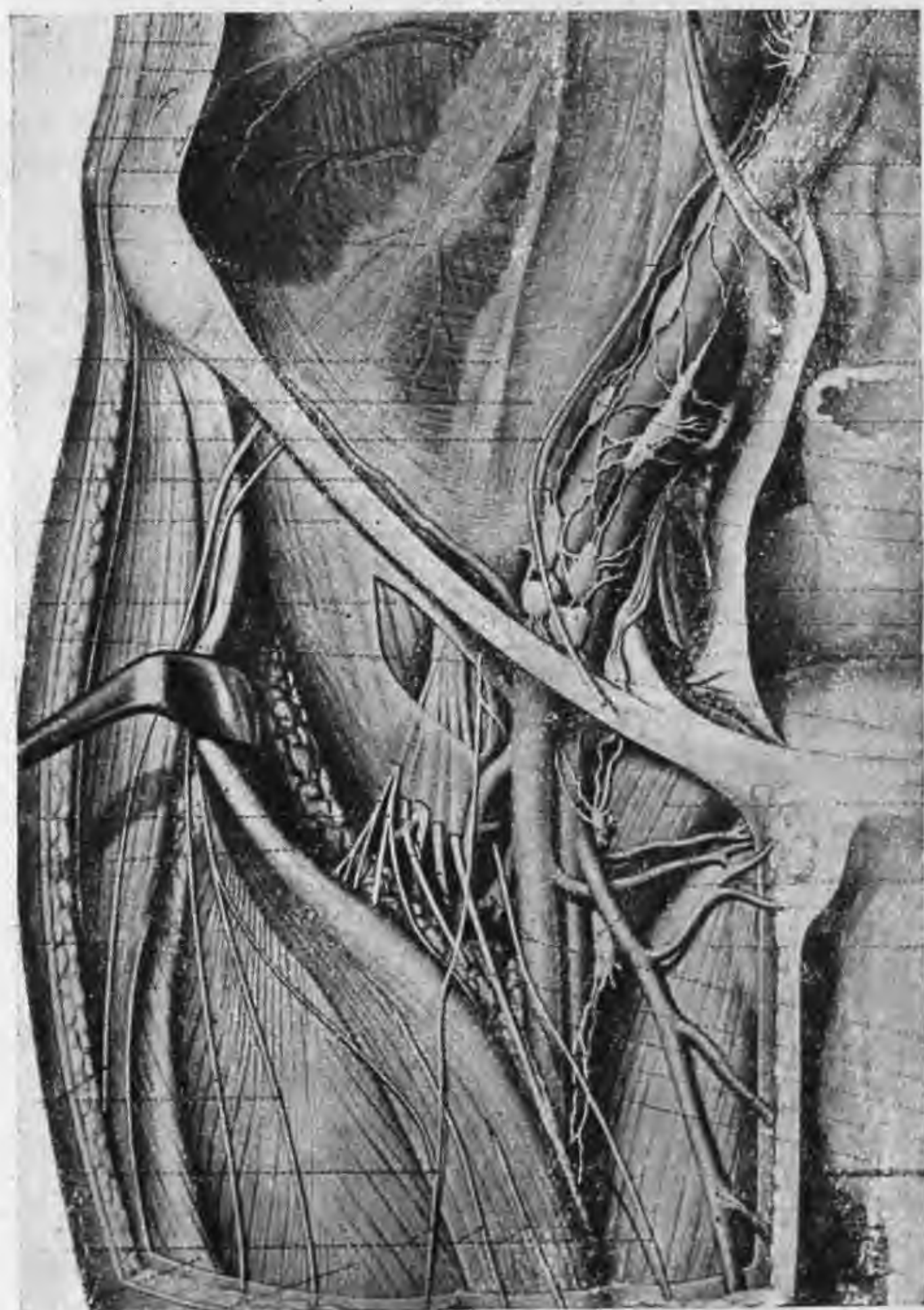



FIG. 4.

Esso è ricoperto dal grande gluteo posteriormente.

Il piccolo trocantere, situato avanti al quadrato del femore, si trova lateralmente allo sciatico (1 cm. circa lateralmente ad esso).

L'incisione cutanea per la via posteriore ha il suo punto di mezzo (figura 7) 1 cm. più all'esterno e più in basso del punto di repere dello sciatico (che corrisponde all'unione del 3° mediale col 3° medio di una linea che unisce l'ischio alla spina iliaca anteriore superiore).

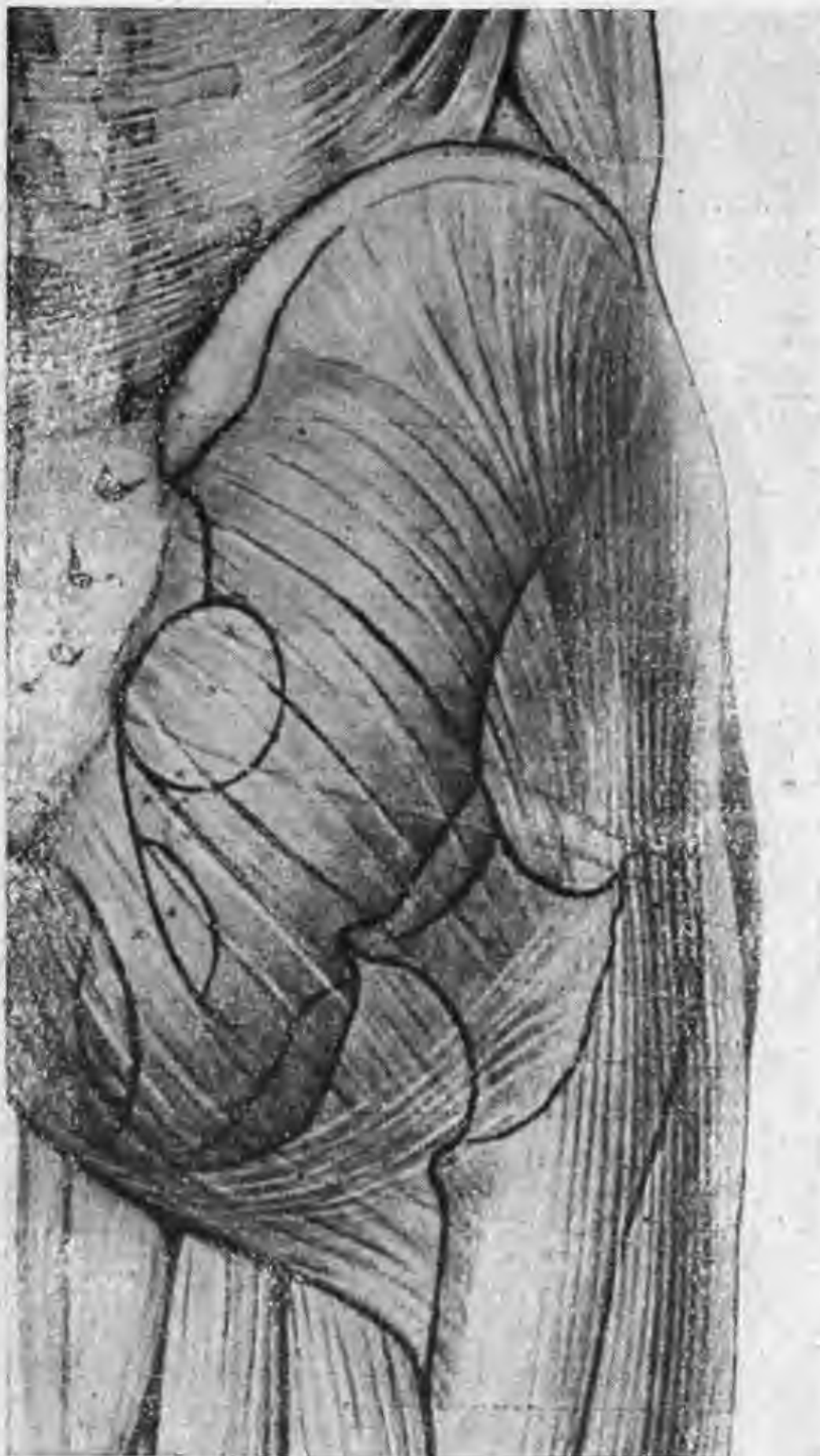



FIG. 5.

La linea sarà condotta parallelamente al decorso delle fibre del grande gluteo e quindi parallelamente a una linea che unisce la spina iliaca posterior superiore al gran trocantere (bordo superiore). Dopo aver divaricate le fibre del grande gluteo si cade sul quadrato del femore (medialmente si individuerà lo sciatico). Si inciderà allora francamente il quadrato femorale e si cadrà sul piccolo trocantere.

È seguendo questa via che ho potuto togliere una grossa scheggia metallica, causa di una fistola alla natica, situata di contro alla faccia posteriore del piccolo trocantere, che si era dimostrata irraggiungibile per la via anteriore. Una via mediale non credo sia consigliabile: si potrebbe, mediante un'incisione lungo il margine mediale della regione otturatoria, separando il medio adduttore dal pic-

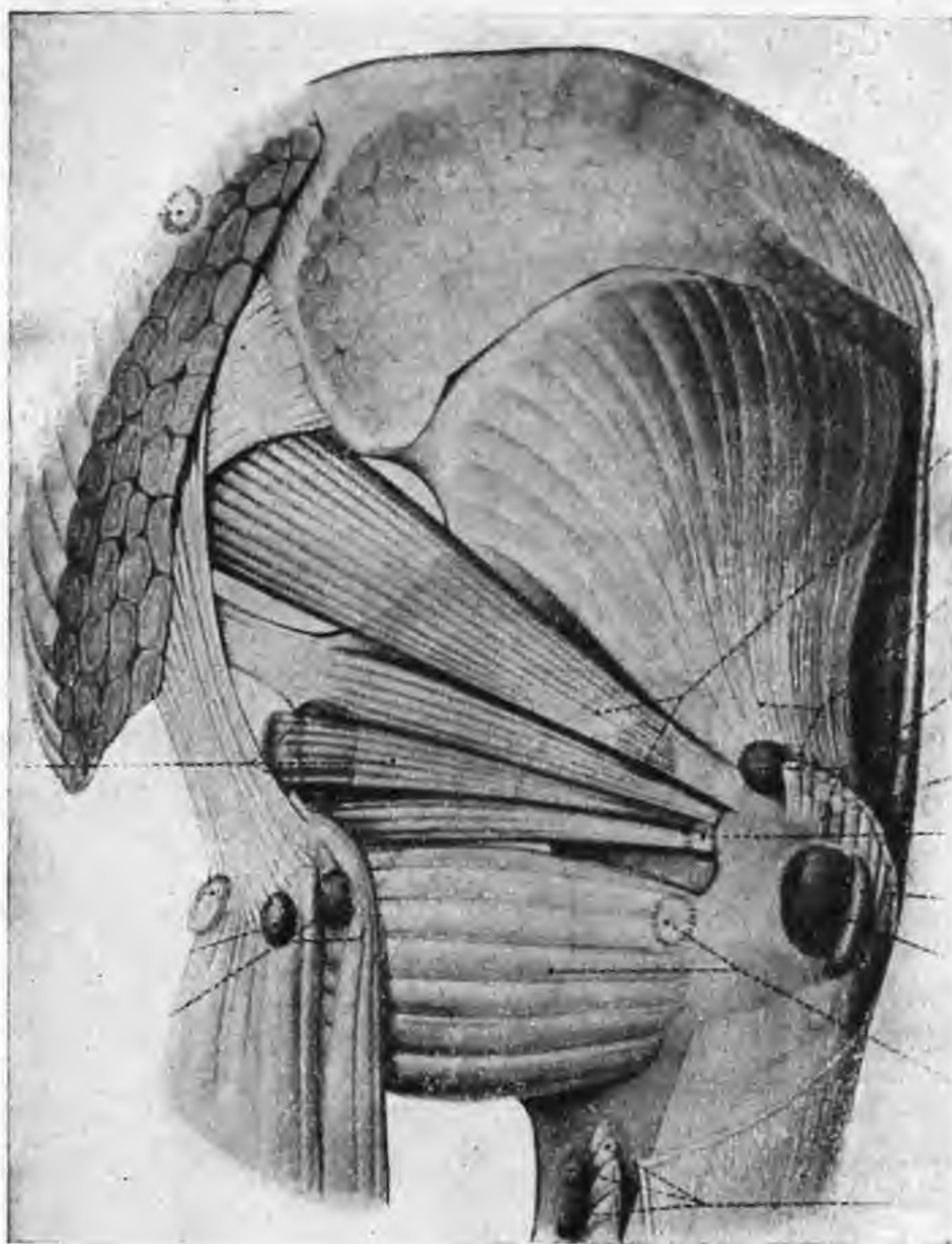



FIG. 6.

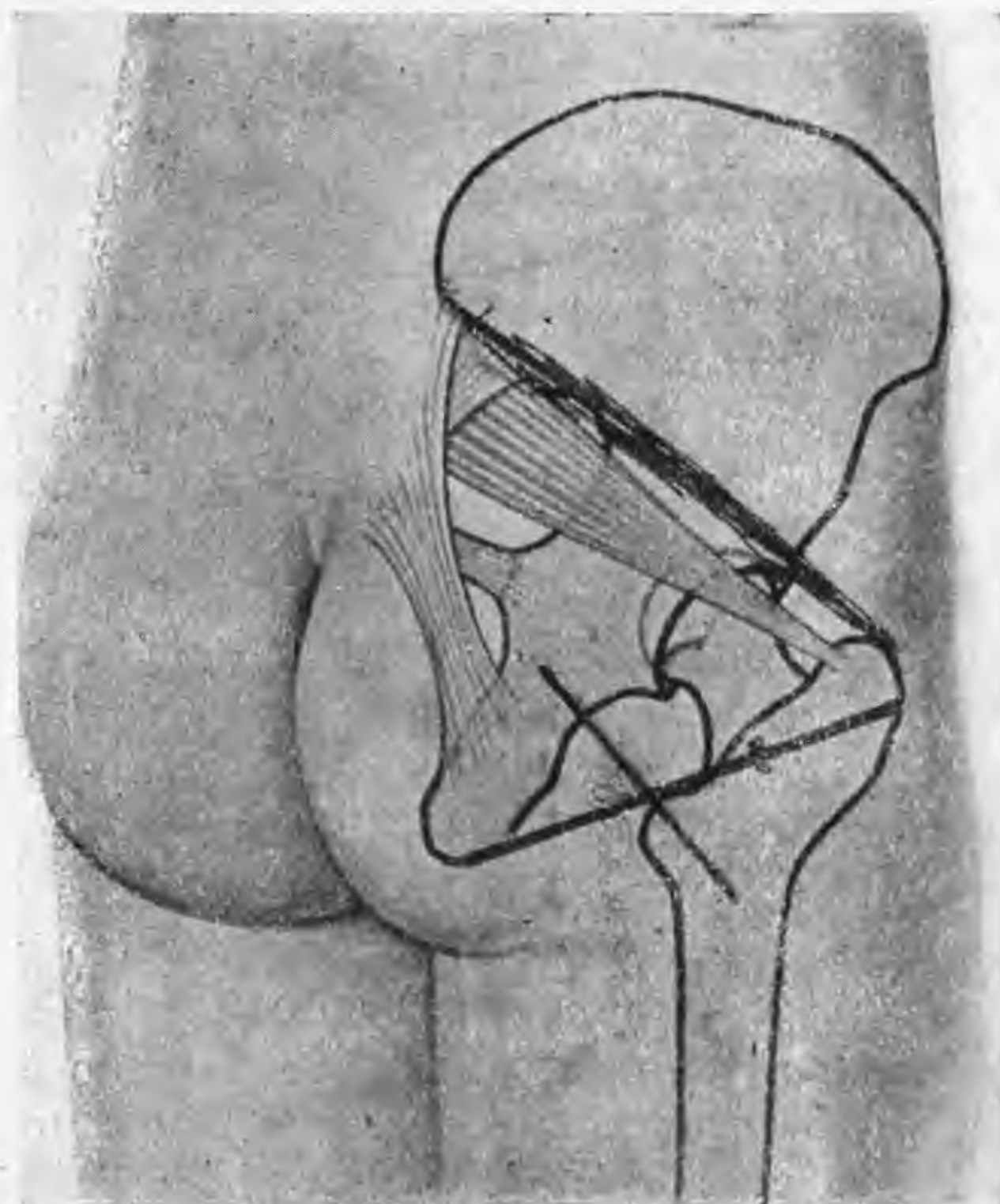



FIG. 7.

colo adduttore, giungere sul pettineo e sul margine laterale di esso, arrivare al piccolo trocantere, ma si urterebbe contro i vasi femo-

rali e contro la circonflessa femorale mediale oltre che contro il nervo otturatore.

Mi pare perciò che questa via sia da scartare del tutto, anche per la scarsa luce che offrirebbe.

RIASSUNTO

L'A. passa in rassegna le vie di accesso al piccolo trocantere e indica la via anteriore e quella posteriore come le più agevoli, ne precisa le rispettive indicazioni, mentre conclude per la non usabilità della via mediale.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Gravissimo addome acuto, per calcio di cavallo, con varie lesioni intestinali e peritonite conclamata, da circa 30 ore

Guarigione.

Prof. Dott. SILVESTRO BILE

già Incaricato di Anatomia Chirurgica nella Regia Università di Napoli; Chirurgo Primario nella Clinica Ricci di Istonio (Chieti).

Riferirò, con la massima brevità, un caso occorsomi circa un mese fa e che io stesso, convinto al cento per cento, della sua gravità palese, prognosticai mortale; mentre i fatti svoltisi mi hanno completamente smentito e meravigliato. Un agente contundente può essere di piccole dimensioni e fare agire la sua azione in una regione limitata della parete addominale, come ad esempio un calcio di cavallo, o di uomo, oppure una sassata e via di seguito. Se i visceri possono sfuggire alla forza agente e non essere contusi contro la colonna vertebrale, oppure non strapparsi e scoppiare, perchè in uno stato di vacuità, allora le cose procedono regolarmente e il traumatizzato può guarire al più presto. Ma se il mesentere è rotto, o se vi è stato scoppio dell'intestino o dello stomaco o lesione del fegato, della milza ecc., allora il quadro viene a complicarsi e noi dobbiamo immediatamente intervenire con un atto operatorio, specie se il polso è veloce e vuoto e se lo schoc è stato intenso. Ma spesso non ci si sà decidere sull'istante e qualche volta si attende a mano armata, e ciò secondo me è grave errore: meglio aprire un addome che non abbia lesioni del suo contenuto, che attendere per operare, un addome che non mostra avere guasti gravi ma che in verità li ha presenti, sebbene con sintomatologia velata.

Si sa che il soccorso chirurgico apportato ad un contuso dopo le prime 4 ore, può molto migliorare la prognosi; la quale dopo circa 15 ore si va facendo sempre più riservata, sino a giungere alle 24 ore, epoca in cui salvare un contuso con lesioni viscerali, è cosa se non rara, certo non frequente.

Il caso che si vuol riferire e che io ritengo abbastanza raro nonchè strano è stato operato da me dopo circa 32 ore dall'infortunio e dopo che il paziente dovette affrontare un viaggio in automobile, di circa 50 km.

D. D. P. di anni 60 circa, da Guglionesi, viene trasportato nella clinica Ricci la sera del 12 dicembre 1942-XXI, in uno stato di gravità e di sofferenze intense, per calcio di cavallo ricevuto alla regione ipogastrica la sera precedente, in Montenero di Bisaccia (Campobasso).

E. O. — Infermo di colorito pallido con chiari segni di viva sofferenza, polso veloce e vuoto; faccia stirata ed esangue, lingua arida. L'addome superiore è in difesa relativa, mentre l'inferiore è contratto, duro e fortemente dolente. L'urinazione è normale e l'infermo non accusa molestia nell'esplicarla. Mi si racconta che verso le ore 16 del giorno antecedente, venne colpito violentemente dal calcio di un cavallo in una stalla dove era ricoverato anche il suo, nel paese di Montenero di Bisaccia (Campobasso), dove il ferito si era recato dato il suo mestiere di ambulante.

Fatta diagnosi di grave addome acuto da contusione e con certezza di lesioni viscerali, esclusa la vescica, viene operato da me, coadiuvato dall'amico e collega dott. Ricci Filoteo, di laparatomia sotto ombelicale mediana, in anestesia rachidea, previa somministrazione di Efedrina.

REPERTO OPERATORIO

Aperto il cavo addominale compaiono alcune anse intestinali di colorito quasi vinoso, cosparse di densa fibrina e quasi agminate. Proteggendo in alto il peritoneo, mercè l'uso di larghe faldelle di garza, cerco di allontanare fra loro dette anse, per andare alla ricerca di eventuale lesione di esse. Subito viene fuori dagli spazii mesenterico colici, una grande quantità di liquame giallastro di odore fortemente pungente e nauseante che immantinente si diagnostica per contenuto intestinale. Dopo aver allontanate l'una dall'altra le anse più a sinistra, si arriva ad apprezzare una lesione frastagliata di una di esse, con bordi ecchimotici, da cui geme il proprio contenuto. Cerco di esteriorizzare il tratto ferito e contuso e mercè una borsa di tabacco affondo alla

meglio la dentellata lesione, con poca mia convinzione di resistenza. Siccome il contenuto liquido versato in addome, non accenna a diminuire, cerco esteriorizzare altro tratto dell'intestino per individuare la sorgente o le sorgenti di esso; ma nel fare tale manovra, le condizioni dell'infermo si aggravano; il polso è quasi impercettibile, e la coscienza si va spegnendo. Si ricorre ad una adrenalina e a qualche canfora, ma le condizioni peggiorano sempre. Mi decido allora, visto fallire ogni altro tentativo di indagine, di applicare una Mikulictz e di zaffare tutto all'intorno la breccia operativa con ferule di garza, fatte strisciare al di sotto del peritoneo parietale, in modo da isolare il focolaio infetto.

Restringo velocemente la ferita con punti in massa e faccio subito praticare una ipodermoclisi di 250 cm. cubici di soluzione glucosata. Si ottiene un certo miglioramento del polso e l'infermo, cautamente viene trasportato nel suo letto.

Faccio subito presente alla moglie che il caso è disperato, data la peritonite in atto e le gravi condizioni generali. Essa pretende portare via dalla Clinica, nella stessa notte il suo marito e addossandosi ogni responsabilità e sotto a sua assoluta e immutabile volontà, firma una dichiarazione innanzi a due testimoni. L'infermo parte verso le ore 24 in condizioni un tantino migliorate, apparentemente! Dalla notte del 12 fino al giorno 18, nulla più seppi, convinto tanto io quanto il personale della Clinica, di una sicura morte dell'operato. Se non che, la mattina del 18 venni svegliato in fretta dalla mia domestica, perchè il figliuolo del D. P. era pronto con la macchina per portarmi in Guglionesi, dove suo padre, *molto migliorato*, attendeva e pretendeva una mia visita.

Giunto sul posto verso le ore 10, trovai l'amico e collega dottor Della Porta, il quale mi riferì che dal momento dell'arrivo fino al momento attuale, l'infermo era andato sempre innanzi con una palese miglioria, tanto che defecava benissimo, urinava normalmente e chiedeva insistentemente di mangiare! Feci sfasciare l'addome e trovai gli zaffi e la Mikulicz imbevuti di un liquido purulento e fortemente maleodorante. Mobilizzai due zaffi, che vennero via senza alcuno sforzo e notai già che un roseo tessuto neoprodotto ricopriva le anse intestinali. Rifeci una tenue medicatura, con garza iodoformica e partii, meravigliato e convinto oramai che le cose sarebbero andate verso il meglio. Infatti pochi giorni or sono, il medesimo dottore mi ha informato che tutti gli zaffi sono stati asportati e che la breccia operativa è ridotta a pochissimo. Intanto è da aggiungere che l'infermo mangia, digerisce e defeca normalmente. Siamo così in 24ª giornata e l'infermo è oramai fuori pericolo!

CONCLUSIONI E DEDUZIONI

È fuori ogni dubbio che non una ma diverse lesioni dell'intestino erano state prodotte, forse per strappo o per scoppio, dal calcio di cavallo ricevuto circa 30 ore prima dell'intervento. Il contenuto intestinale ha avuto agio in tanto lungo tempo di versarsi abbondantemente nel cavo peritoneale e di infettare la sierosa per tutto il reparto sotto ombelicale. L'intervento praticato dopo circa 32 ore sarebbe dovuto consistere in una metodica eviscerazione dell'intestino e certamente in una resezione di esso, date le lesioni multiple della parete enterica e il suo stato precario. Ciò non fu possibile fosse fatto per l'aggravarsi immediato delle già gravi condizioni del ferito. Ci si è limitati a suturare una sola lesione e a isolare il campo infetto e a drenarlo all'esterno. Altro non fu possibile fare dato il tumultuoso e preoccupante momento in cui versava il povero D. P. Avranno gli zaffi e la Mikulicz prodotto una tale reazione cellulare neo-produttiva da rimediare a quanto non fu potuto attuare col filo e con l'ago? Certamente; e in ispecial modo, per il lungo periodo di tempo in cui i sudetti zaffi vennero lasciati in posto. Se avessi insistito a praticare quanto l'arte chirurgica suggerisce in tali casi disgraziati, avrei sicuramente constatato, al tavolo operatorio, la morte dell'infortunato.

Mi sono accontentato (è vero senza alcuna mia convinzione) di usare l'isolamento e la zaffatura della loggia sotto ombelicale infetta; e se n'è avuto il risultato descritto.

Ecco in breve di che si è trattato e la semplice mia condotta operatoria. Madre Natura, con le sue immense risorse ha dimostrato ancora una volta quanto essa possa fare, quando il terreno organico reagisce e si difende bene.

RIASSUNTO

L'Autore descrive un addome acuto per calcio di cavallo, con lesioni viscerali e con peritonite in atto, guarito con la zaffatura con Mikulicz dopo 32 ore dall'infortunio.

SUNTI E RASSEGNE

MISCELLANEA.

Esperienze nella cura della infezione piogena, putrida e generale nelle ferite di guerra.

(H. BARTHOLOMÉ. *Münch. Medizin. Wochenschrift*, 23 ottobre 1942).

La cura della infezione piogena e putrida delle ferite da guerra, e della infezione generale che ne deriva, si basa sul trattamento chirurgico della ferita infetta, sulla immobilizzazione continuativa in grandi bendaggi gessati fenestrati, e su ripetute trasfusioni di sangue: in singoli casi si ricorre anche ai sulfamidici. Il trattamento chirurgico della ferita infetta deve consistere in grandi incisioni e controincisioni; talora è necessario incidere per tutta la sua lunghezza, l'intera muscolatura della gamba o della coscia. Le incisioni non vanno fatte al punto fisicamente più declive, ma al punto anatomicamente più adatto. Così nelle ferite della coscia danno cattivi risultati le incisioni alla parte flessoria ed estensoria, un buon deflusso del pus si ottiene invece con ampie incisioni alla parte interna e laterale. Ci si atterrà sempre alla antica regola di asportare solo i corpi estranei e i frammenti ossei del tutto staccati, lasciando in posto tutti gli altri. Nella esplorazione delle vaste cavità di detrito è più utile il dito che qualsiasi istrumento. Alla coscia le incisioni si fanno mentre è in atto una estensione a tiraggio, oppure attraverso le aperture del gesso fenestrato ampliando opportunamente le aperture.

Nelle forme embolico-metastatiche della infezione generale, si ottengono ottimi risultati immediati con la legatura alta delle vene efferenti. Solo la legatura precoce è efficace, essa va fatta al più tardi subito dopo il secondo brivido del paziente. L'A. legò in 8 casi la vena femorale nella fossa inguinale, in 4 casi la vena iliaca esterna per via retroperitoneale, in altri casi la vena brachiale, la poplitea, la iliaca comune. Straordinariamente efficace è la legatura della vena anche nei casi in cui non esiste brivido ma in cui il quadro clinico dimostra egualmente che esiste una infezione embolico-metastatica. Assai vantaggiosa è la legatura alta della vena quando è necessario amputare passando per tessuti infetti: essa permette amputazioni meno estensive. Così in molti casi, legando la vena femorale nella fossa inguinale, l'A. potè amputare anzichè alla coscia, alla gamba. La indicazione per la amputazione è data meno dall'aspetto della ferita, dalla presenza di febbre, dallo stato soggettivo del ferito quanto dalla impressione generale che si ottiene da una accurata osservazione generale dello stato oggettivo nel suo complesso. Nella maggior parte dei casi si potè evitare il taglio circolare e fare quello a lembi, senza però suturare questi ma lasciandoli liberi e talvolta per alcuni giorni persino beanti. Le esarticolazioni (alla coscia e alla spalla) vennero sopportate bene da quasi tutti i pazienti, sostenendoli con trasfusioni di sangue e tonici circolatori. Nelle suppurazioni articolari la esperienza si copre con quella dell'altra guerra; relativa benignità degli empiemi articolari e dei flemmoni pararticolari, malignità invece dei flemmoni capsulari. Nella maggior parte di questi ultimi non giovarono neppure le grandi incisioni ed immobilizzazioni: si è spesso costretti a ricorrere a resezioni o amputazioni.

Oltre al focolaio primitivo si deve rivolgere la cura anche a quelli metastatici: in due casi di ascessi metastatici marginali del polmone, riuscì all'A. di salvare i feriti con la apertura di questi.

Oltre alla cura razionale della ferita, la immobilizzazione continuativa in apparecchi fenestrati gessati è la seconda condizione necessaria per la cura delle ferite infette. Una accurata sorveglianza del ferito, e controllo della temperatura e del polso e palpazione dei punti lasciati liberi dal gesso evitano il pericolo che comportano questi apparecchi, che sotto il gesso si formino ascessi misconosciuti delle parti molli.

Preziosi servizi rende la trasfusione di sangue con piccole trasfusioni ripetute (ogni 2-3 giorni 300-400 cmc.): con esse si salva la vita di feriti anche gravissimi. Trasfusioni di forti quantità di sangue si dimostrarono utili se a causa di emorragie secondarie settiche si rendeva necessaria una legatura alta della arteria: le trasfusioni massive rimuovevano la ischemia spesso completa della mano e del piede. Molto vantaggiosi riescono i sulfamidici.

P.

Shock e collasso.

(H. SCHWIEGK. *Klin. Wochenschr*, 22-29 agosto 1942).

Tra shock e collasso non esiste una differenza sostanziale: lo stesso quadro morboso viene designato da diversi AA. ora shock, ora collasso, il primo è usato soprattutto per gli accidenti che seguono a traumi, il secondo per quelli che si manifestano nel corso di malattie infettive acute. È meglio quindi rinunciare ad ogni distinzione tra shock e collasso e introdurre un nuovo concetto, che raccolga l'essenziale delle alterazioni che stanno a base dell'una e dell'altra condizione. Nonostante alcune variazioni e particolarità, il quadro clinico dello shock e del collasso è caratteristico e sempre lo stesso. Nella forma più leggera del collasso, lo svenimento, si ha pallore, ab-

bassamento della pressione del sangue e di quella venosa con polso ora accelerato ora rallentato e breve perdita di coscienza che per lo più si ripristina non appena si è messo il paziente in posizione orizzontale. Il quadro completo del collasso si osserva per esempio durante la crisi della polmonite: cute estremamente pallida, labbra cianotiche, polso piccolo, molle e frequente fino a diventare impercettibile alla radiale mentre le carotidi pulsano ancora vivacemente, diminuzione sensibile della pressione, cute coperta di sudore, abbassamento della temperatura a valori subnormali, vene visibili vuote, sensibilità e reattività diminuite (pupille larghe e reagenti torpidamente), obnubilamento e perdita di coscienza, accelerazione del respiro. A volte la apatia è sostituita da agitazione motoria, delirio e stati di eccitazione. Lo stesso quadro si osserva, con lievi varianti, nel collasso circolatorio dopo ustioni, avvelenamenti, nel coma diabetico, dopo forte disidratazione (dissenteria, colera), nel colpo da calore, nella encefalite e nella commozione cerebrale.

Eguale è, dopo qualche tempo, il quadro pienamente sviluppato dello shock traumatico: all'inizio questo presenta invece alcune particolarità proprie. Lo shock si può talvolta manifestare subito dopo il trauma (shock primario): specialmente dopo traumi gravi che ledono tutto l'organismo (asportazione violenta di una parte dell'organismo per scoppio di bombe, di granate, di mine, contusioni e schiacciamenti del torace, dell'addome, del testicolo, delle dita, ecc.) talvolta però il trauma è quasi insignificante nonostante l'esito letale dello shock. In questo shock primitivo si ha un abbassamento della pressione, che o conduce in poco tempo alla morte oppure scompare spontaneamente in breve tempo. Tutte le esperienze di guerra dimostrano che lo shock primitivo è relativamente raro in confronto al cosiddetto « shock secondario » che, dopo un benessere iniziale, si sviluppa gradatamente per lo più entro 2-12 ore dopo il trauma (90% dei casi di shock sono shock secondario). Questo shock traumatico secondario presenta nei suoi stadi iniziali alcune differenze dal quadro clinico del collasso. Lo stato generale è da principio poco alterato, la sensazione di dolore è scarsa, il sensorio integro, invece di apatia si ha agitazione motoria; la cute è pallida, il polso accelerato ma di tensione normale, la radiale si palpa dura, la pressione del sangue è normale o super normale (per questo è stato detto che nello shock si ha uno spasmo vasale anzichè una paralisi vasale come nel collasso). Col riposo completo questo stato può regredire spontaneamente; se però esso persiste, e soprattutto se la situazione è aggravata da raffreddamento, trasporto del ferito, ulteriore perdita di sangue, narcosi od operazione, la pressione del sangue diminuisce e si sviluppa il quadro completo del collasso.

La disposizione individuale allo shock traumatico è estremamente variabile: vi sono individui che reagiscono con shock a traumi lievi, mentre da altri vengono sopportati senza shock, traumi gravissimi. Predispongono allo shock la perdita di sangue, il freddo, lo stato di esaurimento, la fame, la sete, e soprattutto anche la paura e la attesa apprensiva delle conseguenze del trauma.

Nello shock e nel collasso le alterazioni pericolose si manifestano ed agiscono nell'ambito dell'apparato circolatorio. Molto evidenti sono le alterazioni che si hanno nel collasso da dissanguamento. Se un individuo perde il 30%-50% del suo sangue si manifesta un tipico collasso: cute pallida e sudata, polso frequente, abbassamento della pressione del sangue e venosa, ipotermia, obnubilamento della coscienza, diminuzione dei riflessi, morte. Nelle perdite di sangue non superiori al 20%, la diminuzione della pressione del sangue è impedita perchè, per regolazione nervosa-centrale, si restringono i vasi nei territori meno importanti, si versano in circolo le riserve ematiche e penetra nei vasi liquido dai tessuti. La difesa dell'organismo contro la perdita di sangue consiste in una estrema riduzione della circolazione periferica nei territori non importanti per la vita, per mantenere inalterata la vitale circolazione sanguigna del cervello: la diminuita sanguificazione periferica viene coadiuvata da una limitazione del ricambio e dall'abbassamento della temperatura che diminuisce il consumo degli organi in O_2. Se la perdita di sangue assume proporzioni maggiori, neppure il restringimento dei vasi periferici (la irrorazione sanguigna della cute e dei muscoli arriva fino a 1/10-1/15 dei valori originali) riesce ad impedire che la pressione del sangue diminuisca. L'organismo cerca in tutti i modi di mantenere ad un alto livello la circolazione cerebrale: quando però la pressione del sangue si è abbassata al disotto dei 70 mm Hg, il cosiddetto « livello dello shock », l'insufficiente afflusso di ossigeno al cervello ha per conseguenza una lesione dei centri regolatori e quindi un crollo di tutti i processi che regolano la circolazione. Tutto il quadro del collasso da dissanguamento sparisce di colpo, almeno nei suoi stadi non estremi, se con una infusione endovenosa di sangue si aumenta la quantità di sangue circolante; lo stesso risultato si ottiene infondendo un adatto liquido, privo di eritrociti (siero, adatte soluzioni colloidali). Soluzioni cristalloidi (soluzione fisiologica, liquido di Tyrode, glucosio) non raggiungono lo stesso risultato, perchè mancando di colloidi questi liquidi abbandonano presto i capillari e si diffondono nei tessuti. Il collasso circolatorio da dissanguamento non dipende dunque dalla perdita di eritrociti bensì da quella di liquido, dalla « oligoemia ». Nel primo stadio, della oligoemia compensata (limitazione massima di circolazione negli orga-

ni non vitali, svuotamento dei depositi ematici, afflusso di liquido dai tessuti, diminuzione del consumo di ossigeno e della temperatura corporea) la pressione del sangue può mantenersi normale: la altezza della pressione non costituisce quindi una misura del pericolo in cui versa la circolazione, perchè può trattarsi di « oligoemia compensata » in cui l'organismo ha messo già in opera tutti i mezzi di cui dispone per mantenere normale la pressione, e si trova all'orlo del collasso, che spontaneamente non tarderà a manifestarsi. Quanto più a lungo dura lo stato di collasso, tanto minori sono le probabilità di guarigione in seguito ad adatte infusioni, perchè le alterazioni cerebrali a poco a poco assumono carattere irreversibile. In questa come in tutte le forme di collasso il crollo terminale della circolazione è determinato dall'insufficiente afflusso di ossigeno al cervello, e quindi dalla abolizione dei processi centrali di regolazione.

Perciò il collasso può anche essere provocato direttamente da cause nervoso-centrali; così nella commozione cerebrale, nella encefalite, nella narcosi. Intensi stimoli nervosi periferici (colpi sull'addome, o sul seno carotideo, stiramento del mesentere, schiacciamento del testicolo) e stimoli psichici (paura, dolore) aumentando il tono parasimpatico possono provocare un improvviso forte aumento di capacità non compensato del sistema vascolare; quindi un insufficiente afflusso di sangue al cervello, e il collasso. Anche nello shock traumatico primitivo, sembrano avere particolare importanza i disturbi nervoso-centrali della regolazione della circolazione. Nello shock traumatico secondario, la forma più importante, esiste regolarmente una diminuzione della massa circolante del sangue (diminuzione 15%-50%) anche se la pressione si mantiene ancora normale; successivamente la pressione diminuisce sempre, la massima arriva allora a 60-80 mm Hg. Il sangue è ispessito, infatti aumentano i valori di emoglobina e gli eritrociti (fino a 9 milioni, specie nel sangue capillare), i proteidi del plasma sono su per giù invariati. Diminuiscono la temperatura, il ricambio basale e la riserva alcalina, aumenta l'azoto residuo, nel siero diminuisce il sodio e aumenta il potassio. Un quadro del tutto simile allo shock traumatico secondario dell'uomo si può provocare sperimentalmente negli animali. Nei cani e nei gatti narcotizzati si riesce per mezzo di forti colpi di martello sulle estremità posteriori (senza ledere la pelle nè le ossa e senza sensibile perdita di sangue) a provocare nel corso di 3-12 ore uno stato tipico di shock che termina con la morte. Per lo più già durante il trauma la pressione diminuisce, in seguito essa risale; dopo alcune ore è costante una graduale diminuzione della pressione che in fine conduce alla morte. Già prima che si inizi questa graduale caduta della pressione, diminuiscono la quantità di sangue circolante e il volume del battito cardiaco, aumentano la emoglobina e gli eritrociti del sangue, il tessuto leso si fa edematoso. È chiaro che, come nel collasso da dissanguamento, anche nello shock traumatico la diminuzione della massa circolante, la oligoemia, è la causa prima delle progressive alterazioni circolatorie. La oligoemia è dovuta principalmente al passaggio di plasma dal sangue ai tessuti lesi. Le esperienze dimostrano che la estremità danneggiata pesa più dell'altra, l'aumento è di circa il 2,7% del peso del corpo. Se si pensa che nel dissanguamento si ha collasso quando si è persa una quantità di sangue corrispondente a 1/3 del totale, e che la quantità di sangue corrisponde al 7.5% del peso del corpo, si comprende quale importanza possa avere nel determinismo della oligoemia il passaggio di plasma dal sangue ai tessuti lesi. Il trauma provoca gravi alterazioni capillari, probabilmente in seguito a veleni che si formano dallo sfacelo cellulare: le alterazioni capillari sono la causa della fuoriuscita di plasma. Una simile lesione locale dei capillari con uscita di plasma e conseguente stato generale di shock si può manifestare anche dopo sciolta una fascia ischemizzante di Esmarck. Sostanze tossiche che si formano nei tessuti traumatizzati contribuiscono ad aggravare le condizioni circolatorie.

Shock e collasso sono dati sempre da una sproporzione tra la massa liquida circolante nei vasi sanguigni, e la capacità dei vasi stessi. Questa sproporzione può essere provocata da perdita di sangue (collasso da dissanguamento) di plasma (shock traumatico secondario, shock nelle ustioni) o di acqua (collasso nella dissenteria e nel colera) oppure da una eccessiva larghezza del letto circolatorio in rapporto alla quantità normale o diminuita del sangue (disturbi della regolazione centrale della distribuzione del sangue da malattia del sistema nervoso, da cause tossiche, da narcosi, da azioni riflesse). In tutti i casi la conseguenza, dopo un periodo di compenso più o meno efficace, è la discesa progressiva della pressione del sangue e quindi la anossiemia cerebrale.

Poichè il collasso e lo shock dipendono da una oligoemia relativa, la terapia di questi stati cercherà o di adattare la capacità vasale alla diminuita massa circolante, oppure di adattare la massa circolante alla capacità vasale. Nel primo caso si cerca di restringere i vasi di tutto il corpo o di determinati territori agendo o sul centro vasomotorio (canfora, cardiazol, stricnina, inalazione di anidride carbonica) oppure sui vasi periferici e su quelli degli organi con le sostanze simpaticotrope della serie adrenalinica o con la ipofisina (è però molto dubbio che nel collasso e nello shock, come si riteneva prima, i vasi di alcuni

determinati territori e specialmente dello splancnico si trovino in istato di dilatazione flaccida). In realtà non è possibile od è possibile solo in parte ridurre nello shock e nel collasso la capacità vasale in modo da adattarla alla diminuita massa circolante: i farmaci vasocostrittori, sia centrali che periferici, trovano la loro utilità solo in secondo tempo, dopo che si è aumentata la massa liquida circolante nei vasi. È questa la indicazione più tassativa e più urgente in ogni caso di shock o di collasso: la si attua per mezzo di trasfusioni di sangue o di siero. Nei casi gravi la quantità da trasfondere subito non deve essere inferiore a 800-1200 ccm. Nuove possibilità si offrono alla terapia con l'uso di siero o di plasma secco. Se si sciolgono queste polveri in una quantità di liquido corrispondente ad 1/3 o 1/4 di quella originale, si ottiene un liquido a pressione osmotico-colloidale tripla o quadrupla di quella del siero normale. Questo siero iperoncotico ha la capacità di attirare di nuovo i liquidi dai tessuti al sangue ed ha perciò dato a molti ottimi risultati.

P.

DIVAGAZIONI

Il cranio dei neurastenici (indagini radiografiche e pneumoencefalografiche).

(G. GOMIRATO e E. ZAMBELLI. *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, vol. LIX, fasc. I, gennaio-febbraio 1942).

Gli AA. hanno effettuato lo studio radiografico sistematico del cranio di 52 soggetti neurastenici. I pazienti furono scelti dopo accurato esame clinico corredato da indagini di laboratorio (esame del sangue e del liquor, esame delle orine ecc.).

Dalla casistica risulta evidente la notevole frequenza di anomalie di due diversi tipi: di ordine morfologico (anomalie di grandezza) e di natura strutturale (rarefazione diploica, anomalie di calcificazione, aumento d'impronte venose, ecc.).

I seni paranasali apparvero nel 46 % circa dei casi nettamente aumentati rispetto al normale. Tale anormale sviluppo viene imputato ad una anomalia della capacità morfogenetica dell'organismo, da considerarsi come espressione di una anormalità della regolazione di sviluppo di tipo endocrino.

A carico delle ossa furono riscontrate varie anomalie: nella maggior parte dei casi decalcificazione di varia intensità e diffusione; talvolta invece inspessimento diffuso della diploe; in altri casi ancora presenza di zone circoscritte di addensamento della diploe e tra di esse, zone di rarefazione. Le anomalie vascolari consistevano in aumento delle impronte venose diploiche con aspetto caratteristico medusoide.

Gli AA. sono del parere che la spiegazione di queste alterazioni craniche debba ricercarsi in modificazioni della circolazione venosa intracranica, secondarie ad alterazioni della funzionalità simpatica tali da provocare uno squilibrio circolatorio diploico di natura vasomotoria-parasimpatica.

L'indagine pneumoencefalografica fu limitata a pochi casi data la riluttanza dei soggetti a sottoporsi a tale genere di accertamento. I reperti riscontrati rammentano quelli dell'atrofia ischemica da compressione di Winckelmann e Fay, caratterizzata da aumento degli spazi subaracnoidei a livello della faccia esterna dei lobi frontali e parietali, senza aumento dei ventricoli. Alla base di tale reperto i nostri AA. sono propensi a porre una alterata funzione del circolo capillare corticale ed invocano anche per l'atrofia corticale una patogenesi vasomotoria parasimpatica.

Tanto le anomalie dei vasi diploici, quanto l'aumento degli spazi subaracnoidei vengono giudicati di carattere abiotrofico involutivo, inquantochè fanno pensare a reperti che ordinariamente si riscontrano nei vecchi.

Gli AA. concludono che i caratteri anormali di tipo ontogenetico ed abiotrofico-involutivo che si riscontrano in gran parte dei neurastenici, sono per lo più espressione di alterazioni endocrine e neurovascolari e costituiscono anch'essi un contrassegno della anormalità costituzionale della personalità del nevrosico.

F. VICENTINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

SOCIETÀ ITALIANA DI METAPSICHICA. *Problemi di metapsichica* (un vol. di pagg. 262, L. 40. Casa Editrice dott. G. Bardi, Libreria di scienze e lettere, Roma).

Come si legge nella Introduzione, questo volume si propone di aggiornare gli studiosi sui principali problemi che, oggi, si presentano nella ricerca scientifica in metapsichica, nonchè di informarli sulla attività sinora svolta dalla S.I.M.

Con la pubblicazione integrale delle risposte date dagli scienziati italiani alla inchiesta del 1935, base e punto di partenza della Società, e con la riproduzione del testo delle due Conferenze CAZZAMALLI e MACKENZIE, si è inteso dimostrare come le attuali direttive programmatiche della Società corrispondano in pieno a quelle tracciate da tutti gli scienziati che risposero alla inchiesta.

Nel suo studio « *Metapsichica, neurobiologia e metodo sperimentale* » il Cazzamalli esamina la posizione della scienza in cospetto dei fenomeni metapsichici, rifiutando l'ipotesi di lavoro a base spiritica perchè fideistica e quindi

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

in antitesi con la obbiettività agnostica del metodo sperimentale, e definisce la metapsichica « quale branca di scienza che studia quei fenomeni materiali e mentali, inabituali, che fanno capo al soggetto umano, *medium* e sensitivo ». Dimostra come tali fenomeni debbono far capo al cervello umano per l'attività cosciente direttiva ed incosciente creativa della grande *transe*, e per l'attività psicosensoriale della piccola *transe*.

Nella sua monografia « I limiti della metapsichica, il Mackenzie ravvisa uno dei limiti nel fatto che la metapsichica studia ciò che è realtà fenomenica e quindi resta inesorabilmente nell'« al di quà », cioè nell'ambito di quello che si usa chiamare « il mondo sensibile ».

Altro limite viene individuato nel senso di una iperfisica, come prolungamento della fisica contemporanea, e nella rarità dei fenomeni. Rarità tanto maggiore quanto maggiore la eccezionalità e supernormalità dei fenomeni.

Seguono poi nel volume, tre lavori monografici originali dovuti ai Soci Ordinari prof. Alfredo Niceforo e prof. Ernesto De Martino ed al Socio corrispondente prof. Tito Alippi. Nei primi due, si trattano argomenti sussidiari o marginali agli studi di Metapsichica: il Niceforo espone i punti di vista della scuola italiana di sociologia criminale in materia di psicologia profonda, mentre il De Martino tratta dei problemi e delle interferenze tra Etnologia e Metapsichica. L'Alippi fa, a sua volta, sintetica esposizione di quanto, sino ad oggi, si conosce in materia di fisica nucleare ed indica originali motivi di riferimento per la formulazione di schemi di lavoro nelle ricerche di metapsichica, specialmente oggettiva (telecinesi, apporti, levitazioni, ecc.).

Apposito capitolo del volume è dedicato allo studio sperimentale della psicologia di alcuni sensitivi. Si inizia, questo capitolo, con un saggio monografico del socio corrispondente fondatore dott. Gaetano Blasi, seguito da due autoprofili.

Con la pubblicazione di questi tre ultimi lavori il Consiglio di Presidenza della S.I.M. si è proposto di offrire agli studiosi una serie di documentari interessanti la particolare psicologia dei sensitivi, senza per il momento entrare nella questione strettamente scientifica della fenomenologia metapsichica subiettiva.

Il volume si chiude con un'ampia rassegna critico-espositiva delle principali pubblicazioni apparse in Italia ed all'estero negli ultimi cinque anni in materia di metapsichica, con particolare riguardo ai fenomeni intellettuali (telepatia, trasmissione del pensiero, percezioni extra sensoriali, chiaroveggenza, ecc.). In appendice sono gli « Atti ufficiali » della Società tra i quali il testo integrale del nuovo statuto sociale approvato con Regio Decreto dello scorso marzo.

Con il volume *Problemi di Metapsichica*, la S.I.M. ha anche pubblicato un altro volumetto contenente i giudizi della stampa sul volume *Studi di Metapsichica* nonchè la polemica fra D'Amico-Signoris-Ellem svoltasi — come è noto — sulla colonne de *L'Italia Medica*.

a. p.

O. BUMKE. *Lehrbuch der Geisteskrankheiten.* Quinta edizione. Editore Bergmann, Monaco. Prezzo RM. 21.

Il valore di questo libro è segnato dal rapido succedersi delle edizioni. L'attuale presenta la stessa impostazione delle precedenti, ma è più sviluppata in alcuni capitoli ed è perfettamente aggiornata per quel che riguarda le nuove concezioni sull'etiopatogenesi di alcune psicopatie e le recenti acquisizioni in fatto di terapia.

Numerose nitide figure illustrano il testo.

Un ottimo libro di studio e di consultazione.

DR.

F. PANSE. *Die Erbchorea.* Editrore Thieme. RM. 18,75.

Un abbondante materiale ha consentito all'autore di fare un ampio studio sulla corea ereditaria.

Premessa una precisazione sulle caratteristiche dell'entità morbosa, ne determina gli elementi clinici e fenotipologici fondamentali e accessorii, le manifestazioni che si succedono nel corso della vita dei malati, le alterazioni anatomo-patologiche, i criterii per la diagnosi differenziale, ed infine le frequenze di successione genetica.

Numerose le storie cliniche e le figure.

DR.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Risultati sperimentali nella clinica e terapia della malaria.

All'inizio di questo secolo, dice W. Kikuth (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 16 ottobre 1942), parve ormai assodata la completa conoscenza sul ciclo di sviluppo del parassita malarico e sull'efficacia curativa del chinino; si potette però osservare ben presto come il chinino, capace di eliminare i fenomeni acuti della malattia, non ne impediva le recidive e non riusciva a distruggere le forme gametiche. Inoltre la guerra mondiale dimostrò l'insufficienza del chinino per risolvere radicalmente il problema della malaria, giacchè questo medicamento non ha nemmeno una buona efficacia come profilattico, in quanto, se è vero che, somministrato continuamente, riesce ad impedire gli accessi febbrili, non impedisce tuttavia il contagio, giacchè, cessando la somministrazione del chinino, può comparire la febbre.

Un grande progresso nella clinica e nella cura della malaria fu compiuto con l'introduzione della malarioterapia nella paralisi progressiva e con la scoperta della plasmochina e dell'atebrin.

La malarioterpia ha infatti permesso di seguire nell'uomo sperimentalmente il ciclo malarico e i due nuovi medicamenti hanno risolto radicalmente il problema terapeutico.

D'altra parte è di questti ultimi anni la scoperta di uno stadio dell'infezione malarica in cui i parassiti si sviluppano nel reticolo endotelio, dove possono restare anche per molto tempo, costituendo poi la causa di recidive a più o meno lunga scadenza, giacchè nessun medicamento, in dosi curative, è capace di arrivare a distruggerli in quella sede. Lo scopo d'ulteriori ricerche dovrà appunto essere quello di trovare una sostanza capace di far questo.

F. T.

Come risolvere il problema terapeutico e profilattico della tubercolosi nel momento attuale.

M. Kroenen (*Scalpel*, 10 agosto 1942) insiste nuovamente in questo articolo sull'importanza e sull'efficacia della opoterapia timica per la lotta contro gli stati tubercolari e pretubercolari, già da lui propugnata fin dal 1929 in seguito agli studi fatti sul parallelismo esistente fra le variazioni della resistenza individuale contro il b. di Koch e lo sviluppo e l'involuzione del timo.

Nel momento attuale, in cui le condizioni di vita sono tali da moltiplicare i pericoli della tubercolosi, è desiderabile generalizzare questo mezzo terapeutico in tutti i casi di indebolimento dell'organismo, specialmente pericoloso nell'età scolare; perciò l'A. propone di distribuire ai bambini delle scuole, sotto controllo medico, dei confetti opoterapici, giacchè ha notato che la somministrazione per os degli estratti timici totali è la più pratica e la più rispondente allo scopo.

Eventualmente si può associare ad essa l'estratto di paratiroidi e il calcio (carbonato di calcio).

F. T.

L'aftosi.

Touraine (*Soc. Franç. Dermat. Syph.*, 23 gennaio 1941) designa con il nome di aftosi le sindromi caratterizzate da ulcerazioni aftose delle mucose, talvolta numerose e piccole (forma militare), talvolta rare ed estese (forma pseudovenerea) ed infine gangrenose o ulceromembranose per infezione secondaria (forma gangrenosa).

L'inizio è improvviso con malessere generale e spesso febbrile, seguito da crisi successive brevi o recidive più o meno frequenti della durata di 10-20 giorni. Il decorso è quasi sempre benigno senza complicazioni viscerali.

Nella forma generalizzata si hanno lesioni aftose delle mucose e vescicole pustolose aftoidi della pelle, nonchè manifestazioni infiammatorie a carico degli occhi (congiuntivite, irite, irido-ciclite recidivanti, neuroretinite), delle articolazioni (artralgia, idrartrosi) e della pelle (eritemi a tipo polimorfo, nodoso e rubeoliforme, porpora, ecc.). In questa forma sono comprese le sindromi di Hulusi Behcet, di Weekers e Reginster e l'irite recidivante con ipopion.

La forma cutaneo-mucosa è caratterizzata da lesioni aftose sulle mucose boccali e genitali e da ulcerazioni aftoidi della pelle del collo, del petto, della parte superiore del dorso e della faccia, dovute a rottura delle vescicole-pustole. I fatti generali sono moderati con febbre all'inizio. L'affezione decorre a periodi di 10-20 giorni con frequenti recidive. Questa forma assorbe probabilmente le dermostomatiti di Baader.

L'aftosi delle mucose, limitata alla bocca o ai genitali, è la più frequente. Può colpire simultaneamente o alternativamente le mucose delle dette due parti (aftosi bipolare o di Neumann) a una sola mucosa (aftosi monopolare).

L'aftosi della mucosa genitale della donna è stata chiamata anche vulvite aftosa, afte recidivante della vulva, ulcera acuta della vulva, ulcus crenatum vulvae, ulcera di Welander ed anche vulvite ulceromembranosa o gangrenosa.

L'aftosi della mucosa genitale maschile è stata chiamata anche balanite aftosa, afte ricidivanti degli organi genitali, balanite pustulo-ulcerosa di Du Castel, balanite ulcero-membra-

nosa o gangrenosa, uretrite recidivante non gonococcica.

Nella bocca le lesioni sono le medesime della stomatite aftosa, delle afte recidivanti della bocca, delle stomatitis mucosa neurolicum recurrens di Sutton o ulcera angioneurotica.

I disturbi generali di questa forma sono molto tenui, spesso non apprezzati.

L'aftosi colpisce sopra tutto i giovani senza distinzione di razza, di clima, di stagioni e indipendentemente dall'attività sessuale. Non è autoinoculabile e raramente è trasmissibile agli animali. Sembra dovuto ad un ultravirus vicino, ma differente da quello dell'erpete.

DR.

MEDICINA SCIENTIFICA

Il sistema linfoide negli stati di modificata funzionalità della tiroide.

A. CIRENEI (*Archivio De Vecchi Anat. pat.*, giugno-agosto 1942), partendo dalle osservazioni ripetutamente documentate che hanno messo in evidenza come in stati funzionali opposti della ghiandola tiroide si osservi un comportamento analogo degli organi linfoidi e della linfocitosi, ha istituito ricerche sperimentali su 4 famiglie di cuccioli, ed ha potuto constatare che:

1) in alcuni animali nei quali era stato prodotto un atiroidismo sperimentale mediante asportazione totale dei lobi tiroidei, si è osservato dopo tre mesi di tempo uno stato di iperplasia linfoide diffusa nella milza, nel timo, nelle tonsille, nelle linfoghiandole, nei follicoli dell'appendice. Parallelamente era presente nel sangue circolante una modica linfocitosi;

2) in altri animali nei quali era stato prodotto un ipertiroidismo sperimentale mediante iniezioni di estratti totali di tiroide, oppure di ormone tireotropo della preipofisi (secondo il procedimento riferito nel lavoro) si è osservato ad uguale distanza di tempo uno stato di atrofia linfoide diffusa nella milza, nel timo, nelle tonsille, nelle linfoghiandole, nei follicoli dell'appendice. Parallelamente era presente una modica linfopenia.

Tali risultati, concordanti per il loro significato, sono in armonia con le osservazioni cliniche che hanno dimostrato come l'ipertiroideo temperamentale od ortoplastico sia essenzialmente un simpaticotonico e come tale le sue strutture linfatiche siano poco sviluppate; mentre l'ipotiroideo temperamentale è un vagotonico con formazioni linfatiche di solito ipertrofiche. Sono pure in accordo con le osservazioni compiute sui mixedematosi, nei quali si ha una marcata iperplasia del sistema linfoide, probabilmente basata sull'orientamento vagotonico del sistema neurovegetativo in questi soggetti.

L'iperplasia linfoide, spesso osservata nel morbo di Flajani-Basedow, non può essere pertanto spiegata con l'aumentata secrezione tiroidea; in accordo con la nozione che tale malattia non è una pura ipertireosi, ma una vera distireosi, la genesi di tale iperplasia potrebbe essere ricercata nello stato di tossicosi, o nella instabilità di equilibrio neuro-vegetativo in questi soggetti o, forse, si deve far risalire in alcuni casi al terreno costituzionale su chi la malattia si è instaurata.

a. p.

VARIA

Elementi biologici nell'arte decorativa.

F. Jerace (*Gazz. Internaz. di Med. e Chir.*, 1941, n. 11-12), ricorda che l'arte decorativa di ogni tempo ha tratto elementi dal regno animale e da quello vegetale.

Egli poi riferisce un caso che crede unico, in cui l'artista decoratore si è valso di uno stadio di sviluppo delle zanzare. L'osservazione venne fatta in un fregio a basso rilievo di una porta di Nimrod (Assiria), che risale all'8° secolo a. C. Esso reca due fasce di decorazione d'inspirazione nettamente floreale e, più all'interno, un motivo che ricorda perfettamente la forma delle uova di anofeli e la deposizione di esse, a esagoni, con raggi. Quella regione dell'Asia Minore è storicamente nota per la malaricità e siccome le uova di anofeli sono osservabili a occhio nudo, non può stupire il fatto che l'artista ne abbia riprodotto la forma e la disposizione, in un motivo ornamentale.

G. A.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Assistenza preventoriale.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) ha diramato ai Prefetti e altre Autorità la seguente circolare n. 7 in data 27 gennaio 1943-XXI:

Per incrementare l'assistenza preventoriale dei bambini, specie nelle località più esposte alle incursioni aeree, il Ministero autorizza il ricovero a proprie spese in idonei Istituti di quelli, al di sotto di 12 anni che a giudizio del Consorzio antitubercolare ne risultano bisognevoli.

Si attende ricevere l'elenco nominativo dei bambini di che trattasi con indicazione del preventorio in cui si propone il ricovero.

Pel Ministro: BUFFARINI.

Prospetti riassuntivi sui servizi antivenerei nell'anno 1942.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale Sanità Pubblica) ha diramato ai Prefetti la seguente circolare n. 4 in data 19 gennaio 1941-XXI:

Si prega disporre che entro il 31 marzo p. v. sia inviato a questo Ministero debitamente compilato dal medico provinciale l'allegato prospetto relativo all'andamento dei servizi antivenerei durante l'anno decorso.

Per la stessa data deve essere inviato, per ogni dispensario antivenereo, il mod. 22-b (già mod. 705) inviato con la circ. n. 60, del 1° giugno 1942-XX e per la cui compilazione si fa richiamo alle norme impartite con la circ. n. 113 del 28 settembre 1942.

Si attende, frattanto, un cenno di assicurazione ed entro il termine anzidetto l'invio dei prospetti di cui sopra, debitamente e diligentemente compilati.

Alla circolare sono allegati un prospetto e un modulo. *Pel Ministro*: G. PETRAGNANI.

Tessera sanitaria per le persone addette ai lavori domestici.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) ha diramato ai Prefetti e altre Autorità la seguente circolare n. 16 in data 27 gennaio 1943:

Mentre si raccomanda che le disposizioni relative alla tessera sanitaria per le persone addette ai lavori domestici (legge 22 giugno 1939-XVII, n. 1239, regolamento 30 maggio 1940, decreto del Capo del Governo 26 settembre 1939) abbiano, ovunque, integrale applicazione, si ricorda che ai sensi dell'articolo 2 comma 2 della predetta legge i controlli medici sulle persone suddette debbono ripetersi nel primo trimestre di ogni anno.

Pel Ministro: BUFFARINI.

MEDICINA SOCIALE

Un servizio ambulatoriale di medicina del lavoro.

Presso la Poliambulanza delle Casse Mutue Malattie Lavoratori dell'Industria, in Bolzano, funziona, in fase di esperimento, un servizio di Medicina del lavoro affidato al prof. Luigi Galeazzi. Gli scopi di detto servizio, oltrechè diagnostici e curativi, per quanto riguarda tutte le malattie professionali, tendono sopratutto alla prevenzione delle malattie del lavoro in genere.

In essa si compiono indagini circa i fattori lavorativi determinanti la malattia, nell'intento di rimuoverne i fattori nocivi. Ciò è possibile soprattutto attraverso una continua collaborazione con tutti gli Enti assistenziali, assicurativi e sindacali e quindi, direttamente ed indirettamente, con i datori di lavoro.

Copia del referto medico, con le osservazioni e le proposte relative, viene spesso inviato per conoscenza ai vari Enti che, tempestivamente edotti, possono provvedere in comunione di intenti ed il più precocemente possibile.

Vengono compiute visite periodiche, richieste per gli operai addetti alle lavorazioni cosidette pericolose, cercandosi di sviluppare la funzione di medico di fabbrica, specie in quelle Ditte che, per la modesta entità, non possono disporre di un continuo servizio medico e di adeguate norme di assistenza e di previdenza per le maestranze, le quali spesso ricorrono a prestazioni mutualistiche senza un appropriato criterio di indirizzo.

Importante riesce il fatto che per la comprensione diagnostica dei vari casi detto servizio possa disporre con facilità e sollecitudine di tutti gli ausilii delle necessarie ricerche cliniche e di laboratorio fornite dai vari specialisti e dai vari reparti che hanno sede nella stessa Poliambulanza, venendo così ad eliminare uno degli ostacoli più importanti che incontra il Medico di fabbrica nella maggior parte delle sue visite, escluse quelle compiute presso pochi Stabilimenti attrezzati all'uopo.

Viene svolta inoltre notevole opera, in collaborazione agli Uffici di collocamento, di valutazione delle capacità lavorative individuali, generiche o specifiche sopratutto per quanto riguarda l'eventuale possibilità di occupazione di lavoratori che abbiano sofferto gravi lesioni o malattie ed anche per i casi in cui entri in discussione l'utilità o la necessità di cambiamento di posto di lavoro.

L'assistenza in senso lato viene estesa ai minorati occupati.

Il medico aziendale in Germania.

Poichè dallo stato di salute delle maestranze dipende in gran parte il rendimento del lavoro, nelle aziende tedesche, specie in quelle che lavorano per la guerra, si è dato incremento crescente al medico aziendale, cui è affidata in modo speciale la sorveglianza sull'igiene dei lavoratori. Sono milioni di operai dei due sessi che godono di tale assistenza sanitaria in aggiunta a quella ordinaria.

Con questo mezzo si è ridotto ad un livello assai basso il numero delle assenze per malattia, che si temeva fossero numerose, date le condizioni speciali del momento, con le necessarie restrizioni alimentari, il lavoro intenso, l'oscuramento ecc.; tanto più in quanto questi lavoratori sono per gran parte improvvisati, nuovi al mestiere o stranieri.

L'assistenza dei medici aziendali è stata in breve tempo più che raddoppiata considerati gli ottimi risultati avuti, i quali si riflettono sull'economia del paese, dato il rilevante numero di giornate lavorative recuperate.

CONCORSI

Concorsi a premi.

Premio « Prof. Massimo Piccinini » per la Medicina coloniale.

È aperto, un concorso al premio istituito presso la R. Università di Roma dal Cav. di Gr. Cr. Conte prof. Prassitele Piccinini di Milano per onorare la memoria del defunto suo padre prof. Massimo in occasione della fondazione dell'Impero.

Il premio a concorso è di L. 5000 nette da spese, e sarà conferito a un medico italiano, laureato in qualunque Università del Regno, che presenti il miglior lavoro su argomento di medicina coloniale; lavoro, il quale potrà consistere anche nella dissertazione discussa all'esame di laurea.

Sono esclusi gli appartenenti alla razza ebraica e i non iscritti al P.N.F. o al G.U.F.

Le domande di concorso, redatte su carta legale da L. 6 e indirizzate al Rettore della R. Università di Roma, dovranno essere presentate in dicembre p. v. e non più tardi della fine del mese stesso, all'Ufficio Fondazioni e Premi. Per le altre condizioni chiedere copia del bando.

Premio quinquennale « Pasquale Sfameni ».

Presso la R. Università degli studi di Bologna è bandito il premio quinquennale della Fondazione « Pasquale Sfameni », istituita presso la R. Università degli Studi di Bologna, dell'importo di L. 50.000, da assegnarsi per pubblico concorso ad un cultore o di Medicina e chirurgia o di Medicina veterinaria o di Scienze naturali, laureato in qualunque Università od Istituto universitario del Regno, per ricerche e studi sulla genesi, evoluzione, anatomia, fisiologia e patologia della placenta e sulla dottrina umorale-ormonica di Sfameni, considerata nelle sue basi (stato umorale ormonico dell'organismo e sua attività neuro-muscolare) e nelle sue applicazioni fisio-patologiche: e ciò, non solo nell'intento precipuo di modificare, ampliandole, le nozioni via via dominanti in proposito, ma nell'intento pure di riconoscere e palesare insieme, con piena indipendenza di giudizio, quale fosse la fondatezza al loro sorgere e quale consistenza mantengano tuttora le indagini compiute e le vedute espresse su cotali argomenti di studio dai professori Giambattista Ercolani e Pasquale Sfameni a misura che il tempo da esse si allontana, mettendone in evidenza altresì la priorità ove ad essi si spetti.

Domande entro le ore sedici del 31 agosto 1945.

Per le altre condizioni chiedere copia del bando di concorso al Rettorato.

Borse di studio.

Borse di studio e premi presso la Facoltà di medicina e chirurgia di Bari.

Sono banditi i seguenti premi:

Premio annuale Salvatore Marino di L. 2500 per pubblicazione stampata in Patologia o Clinica Chirurgica di laureati italiani e stranieri, presso la Facoltà di Bari nel quadriennio precedente al bando; scadenza 30-6-43.

Premio annuale Tommaso Storelli di L. 1250 per un lavoro d'indole pratica in Patologia e Clinica Medica di laureati presso la Facoltà di Bari, che abbiano quivi frequentato l'ultimo triennio riportando votazione di 24-30 negli esami di Patologia e Clinica Medica; scadenza 30-6-43.

Premio biennale Bernardino Ramazzini di L. 750 per laureati in Medicina e Chirurgia presso una qualunque Università Italiana (preferibilmente Bari) su memoria originale riguardante le malattie professionali, concernente in modo speciale industrie pugliesi; scadenza 31-7-1943.

Premio annuale Daniele Petrarca da L. 500 per oriundi pugliesi laureati presso la facoltà di Bari nell'anno precedente avendo quivi frequentato gli studi riportando una media di 27-30; scadenza 15-3-1943.

NOTIZIE DIVERSE

Corsi di lingua tedesca per medici.

Il Lettorato di Roma dell'Accademia Germanica ha l'intenzione di organizzare un corso speciale di lingua tedesca per medici. Questo corso avrebbe luogo due volte la settimana, cioè martedì e venerdì dalle ore 20.30 alle ore 21.50 nella Sede dell'Accademia, via dei Villini 26. Questo corso avrebbe per scopo di far conoscere dapprincipio le parole ed espressioni tedesche nel campo medico, per potere poi passare alla traduzione di testi medici. Le prime lezioni sarebbero date da un professore. Quando gli allievi saranno abbastanza progrediti il Lettorato si propone di fare continuare il corso da un medico tedesco. La data precisa sarà comunicata agli interessati in tempo. Però il corso non potrebbe aver luogo che se il numero delle iscrizioni non fosse sufficientemente elevato.

La durata del corso sarebbe di quattro mesi. La tassa d'iscrizione ammonterebbe a L. 25, la tassa di frequenza a L. 100 per tutto il corso.

Gli interessati sono pregati di voler prenotarsi alla Segreteria dell'Accademia ogni giorno dalle ore 10 alle ore 12 ed inoltre lunedì, martedì giovedì e venerdì dalle ore 17 alle ore 19.

Sezione tecnica dei medici anatomo patologi e analisti.

Accogliendo i voti espressi dall'Associazione patologi ospedalieri italiani, che fa parte delle Associazioni culturali aderenti al Sindacato nazionale fascista dei medici, è stata costituita la Sezione tecnica dei medici che esercitano la loro attività nel campo dell'anatomia patologica e ricerche di laboratorio.

Tale Sezione tecnica è, come le altre, organo interno del Sindacato stesso, per lo studio e la elaborazione dei problemi interessanti tale determinata branca della attività professionale e culturale dei medici.

È stato nominato fiduciario nazionale della Sezione tecnica il prof. Franco d'Alessandro di Bergamo (che è anche il presidente della predetta Associazione dei patologi), il quale, d'accordo con gli altri componenti il Consiglio direttivo

della Sezione stessa, provvederà alla organizzazione e procederà alla valutazione dei problemi di ordine professionale, morale e sociale che si agitano in seno a questa importante categoria di sanitari.

Per i medici di Genova, Torino, Milano.

Il Vice Fiduciario Nazionale per i sanitari in seno all'Associazione per il Pubblico Impiego, prof. G. Barbèra, ha visitato gli Ospedali e gli Uffici di Igiene di Genova, Torino, Milano, avvicinando i medici sul posto stesso di lavoro. Dopo essersi compiacito con essi per il contegno coraggioso e disciplinato e per l'abnegazione dimostrata nelle recenti incursioni, ha detto loro come l'Associazione segua con costante interessamento la loro opera di fascisti e di medici, che si svolge ora in condizioni particolarmente difficili. Egli, poi, ha trattato dei vari problemi di attuale interesse per i servizi sanitari e per la categoria cui questi sono affidati esprimendo ai camerati il compiacimento del Partito e della Associazione del Pubblico Impiego.

Sapone pei medici.

Il Sindacato provinciale fascista dei medici rende noto che i sanitari aventi un gabinetto professionale, e che desiderano essere inclusi negli elenchi di coloro ai quali potrà essere assegnato — compatibilmente con le attuali disponibilità — un supplemento mensile di sapone da bucato, possono presentare domanda motivata alla segreteria del Sindacato stesso (non oltre il 13 febbraio corr.). I medici che fino a dicembre 1942 erano in possesso della tessera supplementare di sapone e tutti coloro che hanno già presentato la detta domanda sono dispensati dal rinnovarla.

Un po' dovunque.

Il Segretario del Partito Vidussoni ha visitato a Messina le zone colpite delle incursioni aeree e i feriti.

Il Ministero dell'Educazione Nazionale, con ordinanza del 4 febbraio, ha stabilito che l'Università di Bari sia sede degli esami di stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo, in vece dell'Università di Messina, per le sopravvenute contingenze; gli esami avranno inizio il 1° marzo.

Negl'Istituti d'Igiene delle RR. Università di Padova, Bari e Modena si svolgeranno, a partire dall'1, dall'8 e dal 25 marzo rispettivamente, corsi complementari d'igiene pratica per aspiranti alla carriera sanitaria; tasse L. 501, L. 400 e L. 300; modalità consuete.

Con R. D. n. 1243 del 18 settembre 1942-XX la R. Università di Roma è autorizzata ad accettare la donazione della biblioteca privata del prof. Adalberto Pazzini, del valore complessivo di circa L. 40.000, perchè sia destinata ad incremento del patrimonio bibliografico della biblioteca dell'Istituto di storia della medicina, sorta per iniziativa dello stesso presso il predetto Ateneo.

Il Comitato di Roma dell'Associazione dei datori di sangue comprende ora 4600 iscritti.

Il periodico « Opere Pubbliche » ha dedicato il n. 6-8 del 1942 (pervenuto l'8 febbraio 1943) alla descrizione del nuovo Ospedale « XXIII Marzo » di Napoli. L'articolo è molto copiosamente e artisticamente illustrato.

La « Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia » ha dedicato il n. 1 del 1943, in data 15 gennaio, alla storia della medicina, con articoli di L. Castaldi, U. Faucci e altro materiale vario.

In occasione del 70° compleanno del prof. Hans Spitzy, clinico ortopedico dell'Università di Vienna, la « Wiener Klinische Wochenschrift » gli ha dedicato il fascicolo del 18 dicembre u. s.

I lavori di ricostruzione della città universitaria di Madrid, la quale fu distrutta dai rossi durante la guerra civile, sono quasi ultimati; durante il mese di febbraio alcune Facoltà potranno iniziarvi i corsi, mentre per la ripresa d'attività di altre è prevista ancora una breve attesa.

Si ha notizia che presso Las Palmas, in Villa Teror, è morta in età di 110 anni certa MARIA SAUREZ CRUZ, ancora nel pieno possesso delle sue facoltà; sino agli ultimi giorni dava lezioni di pianoforte. Il marito era morto pochi anni or sono, all'età di 106 anni.

Ai danni del dott. Gaetano Pregadio, medico condotto di Seveso, presso Milano, era stato commesso un furto, da un finto cliente, presentatosi in assenza del medico e che aveva allontanato, col solito trucco, i bambini del medico, presentatisi ad aprire. Dai carabinieri avvisati per telefono il ladro venne identificato e subito arrestato, mentre stava per partire; la refurtiva venne recuperata.

In un cascinale presso Borgomanero tre piccoli ragazzi, fratelli, avevano sottratto dei confetti di chinino e li avevano ingeriti. In due si sono prodotti sintomi gravi d'avvelenamento.

La massaia rurale Maddalena Monachini, di anni 31, residente a Delia (Caltanissetta), ha dato alla luce quattro bambini, in buono stato di salute.

A Francoforte sul Meno due persone che avevano chiamato un medico senza motivo, sono state condannate a un'ammenda di 50 RM. ciascuna.

Il 13 gennaio venne fondata a Jena un'Opera per la lotta contro il reumatismo, sotto la direzione dell'Ufficio distrettuale per la salute del popolo.

Il Comando supremo dell'Esercito del Reich ha stabilito che il personale di sanità può fregiarsi dei distintivi della fanteria d'assalto e dei carristi, quando nell'assistenza ai feriti e nel trasporto dei feriti affronta gli stessi rischi delle due armi combattenti.

Il Ministero francese per il benessere del popolo ha emanato una legge che vieta rigorosamente l'aborto. Secondo apprezzamenti ufficiali, avvengono ora da 400.000 a 600.000 aborti l'anno in Francia. Le nuove norme contro l'aborto contemplano anche i medici, le levatrici e i farmacisti.

Da « Milizia Sanitaria » del 30 gennaio rileviamo che il 4 luglio scorso cadeva a El Alamein il dott. SILVIO MAINETTI.

Egli era nato a Broni nel 1906 e si era laureato in medicina nel 1931; non ancora ventenne, aveva partecipato — volontario — alle operazioni di Spagna e veniva insignito della croce di guerra; da oltre un anno prestava servizio in A. S. Di sentimenti nobilissimi, questi si traducevano nella parola e nell'azione. Il fratello Rino, morto nel 1920, aveva partecipato alle azioni squadriste di Milano e di Torino; un altro fratello, Giulio, già volontario di guerra in A. O. è prigioniero in India.

Il 7 gennaio, poco prima di compiere 88 anni, decedeva il prof. GUSTAV RIEHL, clinico dermatologo dell'Università di Vienna. Ha descritto e individuato molte dermatosi nuove e poco note, tra cui la melanosi di Riehl e la « tubercolosis verrucosa cutis »; ha molto esteso le nostre conoscenze sull'anatomia macro- e microscopica delle dermatosi; ha pubblicato varie trattazioni, tra cui la « Dermatologia generale », la « Diagnostica delle malattie cutanee », la « Terapia delle malattie cutanee col radium e il mesothorium » (in collaborazione di Kumer), l'« Atlante delle malattie cutanee » (in collaborazione dell'allievo von Zumbusch).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Ann. Inst. Pasteur, lug.-ag. — P. GIROUD e R. PAUTHIER. Adattam. del polmone del coniglio alle rickettsie del tifo es. classico.

Rif. Med., 29 ag. — L. LONGHIENA. Vit. K in oculistica.

Klin. Woch., 12 sett. — W. NONNENBRUCH. La sindrome nefrosica. — G. BENETATO. Urto insulinico.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 2-9 ag. — G. BETTARMI. Endocardite lenta.

Rass. Cl. Sc., 15 sett. — M. TRUFFI. Polineuriti da solfamidici.

Giorn. di Cl. Med., 30 ag. — L. GIPPERICH. Fegato cardiaco. — E. PONTRELLI. Avvelenam. mortale da simpamina.

Rass. Intern. di Cl. e Ter., 15 sett. V. GIUFFRÈ. Terapia sulfamidica di paradentosi.

Riv. di Pat. nerv. e ment., sett.-ott. — I. RUGGERI. Incubaz. del parkinsonismo encefalitico. — G. CAMPAILLA. Sclerosi e placche familiare.

Ann. Inst. Pasteur, mar. — M. GUILLAUME. Sieri anti-anaerobici.

Deut. Med. Woch., 18 sett. — ALBRICH. Terapia dell'edema nefrosico.

Praxis, 17 sett. W. BRACK. Sulfamidoterapia di piodermiti.

Klin. Woch., 19 sett. — E. WERLE e R. REPLOCH. L'intossicaz. intestinale.

Forze San., 15 ag. — C. GUIDETTI. Terapia dell'amebiasi intest. — M. BASSI. Terapia del morbillo.

Med. Klin. 18 sett. — G. HOFER. Râucedine. — E. ENGELHART. Diagn. precoce di gravid.

Rif. Med., 5 sett. — T. MAGNOTTI. Tonsille e ricambio dei carboidrati.

Klin. Woch., 26 sett. — H. RAUSCHER. Estrogeni per via perorale.

Münch. Med. Woch., 18 sett. — F. MEYTHALER. Tarapia della malaria.

Pathol., lug. — D. ROSSELLI. Trapianti cutanei a lembo tubulato.

Wien. Klin. Woch., 25 sett. — G. GRÄFF. Infezione focale.

Rev. Clin. Españ., 30 ag. — F. UCIEDA LOSADA. Trattam. della iperplasia glandolare cistica della mammella. — A. CURBELO. Accidenti della prima dentizione.

Presse Méd., 19 sett. — R. CLÉMENT. Febbre ganglionare e reticolo-monoteliosi acute monocitemiche.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo A. POZZI, resp

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME L Roma, 22 Febbraio 1943-XXI Num. 8.

"IL POLICLINICO,,

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE CHIRURGICA
E PROPEDEUTICA CLINICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
(II Cattedra: dir. inc. prof. V. PUCCINELLI)

POLICLINICO UMBERTO I IN ROMA - I PADIGLIONE
(Prim. e aggr. clinico: prof. V. PUCCINELLI)

Il tempo protrombinico nell'esclusione del colon per ano cecale.

Utilità della terapia K-vitaminica.

Dott. Mario ARDUINI
assistente vol. univ. ed eff. osp.

Nella seduta del 9 aprile 1942-XX, comunicavo all'Accademia Lancisiana di Roma, (vedi Bollettino), l'esito di alcune mie ricerche sul tasso protrombinico nel sangue di pazienti ai quali era stata eseguita un'esclusione del colon per ano cecale in preparazione ad ulteriori interventi operatori. Si trattava, in genere di soggetti presentanti neoplasmi a carico del retto o del retto-sigma; l'ano cecale era stato eseguito con la tecnica di Baggio (1), cioè escludendo l'ansa efferente con una benderella aponeurotica ricavata dall'aponeurosi del grande obliquo, e quindi nelle migliori condizioni per poter funzionare in modo totale. Per la determinazione del tasso protrombinico mi servii del metodo di Quick, modificato da Saja e Masini (2) iniziando la ricerca prima dell'intervento e poi ripetendola nei giorni seguenti, all'incirca ogni tre o quattro, anche dopo l'operazione definitiva.

Le conclusioni alle quali giunsi furono che in tutti i pazienti, con inizio all'incirca dopo il quindicesimo giorno dall'intervento, si notava un progressivo allungamento del tempo protrombinico, che non raggiungeva i cosidetti « valori d'allarme » ma che incideva sul tempo di coagulazione sanguigna, ricercato con il metodo di Bürker, che risultava sempre leggermente superiore al normale.

Le ricerche collaterali per svelare eventuali insufficienze epatiche che avessero potuto influire sulla protrombinemia, dettero tutte esito negativo, così come risultarono normali i valori della calcemia e del fibrinogeno.

In due casi che furono potuti seguire per maggiore tempo, e cioè anche fin dopo la chiusura dell'ano cecale, si notò dopo questa, una leggera tendenza al ritorno alla norma del T. P. Emettevo quindi l'ipotesi che la deviazione del contenuto intestinale, con la conseguente esclusione della putrefazione colica, potesse rappresentare la causa determinante dell'alterazione del ricambio protrombinico, riaffermandosi quindi ancora una volta l'importanza del fattore intestinale, ultimo anello della complessa catena di fattori alimentari e digestivi che presiede al mantenimento dell'equilibrio della protrombinemia.

A conferma di quanto sopra, ho eseguito delle ricerche su un gruppo di malati, portatori anch'essi di un ano cecale operatorio, trattandoli profilatticamente con della vitamina K. Il piano delle ricerche corrispondeva in pieno a quello dei casi precedenti, solo ne differiva per il fatto che agli attuali veniva ogni giorno effettuata una iniezione intermuscolare di un prodotto K-vitaminico, con inizio fin dal primo giorno nel quale veniva aperto l'ano cecale.

Riporto qui appresso i protocolli delle ricerche.

CASO I. — F. R., a. 55, d. d. c.

Da circa 9 giorni riferisce di soffrire di violenti dolori all'addome, con alvo nettamente chiuso alle feci ed ai gas. Da due giorni è insorto vomito ripetuto, fecoloide. Le condizioni generali si sono aggravate.

Entra d'urgenza la sera del 14 novembre 1942 e viene subito operata dal dott. Ojetti: Incisione mediana ipogastrica. Anse digiunali molto distese; anche il colon ascendente è disteso, il discendente è vuoto. A carico del trasverso si palpa una tumefazione piccola, circoscritta, dura, irregolare. Attirando l'ansa a livello della ferita è possibile controllare con la vista un tumore scirroso dell'angolo splenico del colon. Con un taglio di Mac-Burney si esegue ano cecale. Si richiude a strati la ferita ipogastrica. Si apre il ceco, dando esito ad abbondantissimo materiale fecare, attraverso un grosso tubo di vetro.

24 febbraio: T. P. 19'' (19'') 24'' (25'') 31'' (30'')

Si inizia trattamento K. vitaminico somministrando una fiala al dì intramuscoli di Karan Merck:

31 febbraio:	T. P. 20'' (19'')	24'' (24'')	30'' (30'')
15 marzo:	T. P. 21'' (18'')	25'' (24'')	30'' (30'')
31 marzo:	T. P. 20'' (19'')	24'' (25'')	31'' (30'')
7 aprile:	T. P. 21'' (19'')	25'' (25'')	30'' (30'')
15 aprile:	T. P. 20'' (19'')	26'' (25'')	31'' (30'')

23 aprile: II intervento, prof. Puccinelli. Taglio transrettale D. Si trova uno scirro tipico della metà S. del colon trasverso con qualche piccola ghiandola dura nel tratto di mesocolon più prossimo che si asporta. Si libera il colon trasverso per un tratto di circa 20-25 cm. Si sezionano i due capi legando con un grosso laccio di seta tanto il capo orale che quello aborale, poi si riaccosta il mesocolon con una sutura in seta; si fissa con qualche punto la sierosa alle pareti dei monconi e si passa un tampone al disotto dei tre monconi.

Adenocarcinoma del colon trasverso. Resezione del colon trasverso.

24 prile: T. P. 24'' (20'') 29'' (25'') 34'' (30'')

Si prosegue la terapia K vitaminica:

30 aprile:	T. P. 23'' (20'')	28'' (26'')	33'' (30'')
15 maggio	T. P. 22'' (20'')	27'' (26'')	33'' (31'')
30 maggio:	T. P. 23'' (19'')	26'' (26'')	32'' (31'')

Calcemia: gr. 11,45 %. Fibrinogeno: mgr. 3,1 %. Tempo di coagulazione: 5' (Bürker).

CASO II. — F. I., a. 48, d. d. c.

A 16 a. tifo addominale, a 40 a. polmonite lobare D.

Da circa un anno la paziente ha cominciato ad osservare la presenza di stimolo costante alla defecazione, leggermente dolorosa, con emissione di poco sangue; talvolta stimolo alla minzione.

Espl. vaginale. Sotto i colpi di tosse si nota prolasso della parete posteriore vaginale che, all'esplorazione digitale, appare ispessita, come fosse infiltrata, a consistenza piuttosto dura.

Espl digito-rettale. Appena introdotto il dito al disopra dello sfintere si apprezza sulla parete anterior-superiore del retto una tumefazione dura, con superficie a numerosi noduli duri, ulcerati, sanguinanti, con mucosa sovrastante aderente, che si estende per circa 3 cmc. in alto.

10 marzo: Si esegue ano cecale stenosando l'efferente con benderella aponeurotica sec. Baggio.

Contemporaneamente s'inizia terapia K vitaminica, somministrando una fiala al giorno, intramuscoli di Karan Merck.

14 marzo:	T. P. 18'' (19'')	24'' (25'')	33'' (32'')
29 marzo:	T. P. 19'' (19'')	25'' (25'')	33'' (33'')
10 aprile:	T. P. 20'' (18'')	25'' (24'')	32'' (31'')
22 aprile:	T. P. 21'' (19'')	25'' (23'')	33'' (30'')

23 aprile: prof. Puccinelli. Amputazione del retto per via perineale, asportando anche il tratto postriore della parete vaginale.

25 aprile:	T. P. 22'' (20'')	26'' (24'')	34'' (30'')
10 maggio:	T. P. 21'' (19'')	25'' (24'')	33'' (31'')
25 maggio:	T. P. 23'' (20'')	25'' (24'')	32'' (30'')

Calcemia gr. 10 %.
Fibrinogeno: gr. 3,20 %.
Tempo di coagulazione: 6' (Bürker).

CASO III. — B. F., a. 69, pensionato.

A 21 a. blenorragia, a 18 tifo addominale.

Un mese fa improvviso fenomeno di occlusione intestinale, che si risolse con un clistere. Una settimana fa si è di nuovo occluso ed è stato ricanalizzato con clisteri.

Il 16 marzo si fa ricoverare di urgenza con alvo permanentemente chiuso, stato generale grave, vomito fecaloide.

17 marzo: prof. Grasso. Si estrinseca il cieco che è molto disteso e si fissa alla parete; dopo di che lo si svuota con un grosso ago.

19 marzo: Si apre l'ano cecale. Si inizia frattanto terapia K vitaminica con una fiala al dì intramuscoli di Karan Merck.

20 marzo:	T. P.	21''	(19'')	26''	(25'')	29''	(30'')
29 marzo:	T. P.	22''	(18'')	27''	(25'')	30''	(30'')
5 aprile:	T. P.	21''	(19'')	28''	(25'')	32''	(30'')
20 aprile:	T. P.	22''	(20'')	29''	(26'')	33''	(30'')
30 aprile:	T. P.	21''	(19'')	27''	(26'')	31''	(30'')
1 maggio:	T. P.	20''	(20'')	26''	(26'')	30''	(30'')
15 maggio:	T. P.	24''	(24'')	29''	(26'')	34''	(30'')
30 maggio:	T. P.	22''	(20'')	27''	(25'')	30''	(30'')

4 giugno: prof. Grasso. Incisione pararettale S. La massa carcinomatosa a tipo scirroso risiede nell'angolo splenico, per cui si amplia l'incisione superiormente. Nel tentativo di estrinsecare il tratto neoplastico, questo si apre per breve tratto; previa liberazione del peritoneo parietale si mobilizza il segmento neoplastico e si reseca per esteso tratto sopra e sotto e si esegue anastomosi termino-terminale, infossando l'angolo mesenterico del moncone superiore come per la tecnica dello stomaco, poichè quello è di calibro doppio dell'inferiore.

Tamponamento. Parete parziale. Carcinoma del colon (angolo splenico). Resezione del colon.

6 giugno:	T. P.	22''	(20'')	29''	(25'')	31''	(30'')
14 giugno:	T. P.	21''	(20'')	28''	(26'')	32''	(30'')
31 giugno:	T. P.	20''	(19'')	26''	(26'')	30''	(30'')

CASO IV. — G. R., a. 49, commerciante.

A 13 a. polmonite lobare D., a 22 a. blenorragia. Da un certo tempo accusa dolori vaghi addominali, senza localizzazione precisa, con stipsi insistente accompagnata talvolta da emissione di abbondanti quantità di feci a grosse pallottole e di cospicua sierosità commista a muco. Si è fatto ricoverare in un reparto medico ove gli è stato riscontrato un neoplasma stenosante del sigma e ci è stato trasferito per l'intervento il 12 marzo 1942. Il 15 marzo si esegue ano cecale.

Contemporaneamente si inizia somministrazione di una fiala al dì, intramuscoli, di K-trombina Erba.

17 marzo:	T. P.	20''	(20'')	29''	(29'')	35''	(34'')
25 marzo:	T. P.	21''	(20'')	29''	(28'')	36''	(34'')
5 aprile:	T. P.	20''	(19'')	28''	(27'')	34''	(34'')
20 aprile:	T. P.	21''	(20'')	26''	(27'')	33''	(34'')
30 aprile:	T. P.	20''	(20'')	25''	(26'')	32''	(33'')
5 maggio:	T. P.	21''	(20'')	26''	(25'')	31''	(30'')

10 maggio: prof. Puccinelli. Si esegue amputazione addominale del retto-sigma, che è molto infiltrato con invaginazione, secondo il metodo solito.

12 maggio:	T. P.	24''	(20'')	29''	(25'')	36''	(30'')
15 maggio:	T. P.	22''	(20'')	28''	(25'')	32''	(30'')
20 maggio:	T. P.	20''	(20'')	27''	(26'')	30''	(30'')
30 maggio:	T. .P	20''	(20'')	29''	(28'')	31''	(30'')

Calcemia: gr. 12,3 %. Fibrinogeno: mmgr. 3,20 %.

Tempo di coagulazione: 6' (Bürker).

CASO V. — S. F., a. 36, possidente.

A 18 a. blenorragia, a 21 a. lue.

Da un certo tempo ha notato l'insorgere di una tumefazione in corrispondenza della zona sopraombelicale, che è andata leggermente aumentando di volume. Inoltre riferisce di esser divenuto piuttosto stitico dopo un periodo iniziale di diarrea. È dimagrato. Si è astenizzato.

Un esame radiologico praticato privatamente ha messo in evidenza una infiltrazione di tipo neoplastico del colon trasverso. Entra in padiglione il 7 aprile.

9 aprile. Si pratica ano cecale, stenosante l'efferente con benderella aponeurotica sec. Baggio.

Contemporaneamente si inizia trattamento K vitaminico con somministrazione di una fiala al dì intramuscoli di K trombina Erba.

11 aprile:	T. P.	23''	(19'')	29''	(25'')	34''	(30'')
16 aprile:	T. P.	21''	(19'')	28''	(24'')	32''	(30'')
30 aprile:	T. P.	21''	(18'')	26''	(24'')	30''	(30'')
15 maggio:	T. P.	20''	(19'')	24''	(25'')	30''	(31'')

18 maggio: prof. Puccinelli. Si esegue resezione del colon trasverso.

19 maggio:	T. P.	26''	(19'')	31''	(25'')	39''	(30'')
21 maggio:	T. P.	24''	(20'')	30''	(26'')	38''	(30'')
26 maggio:	T. P.	21''	(20'')	25''	(25'')	30''	(30'')
31 maggio:	T. P.	21''	(20'')	25''	(24'')	31''	(30'')

Calcemia: gr. 10,20 %. Fibrinogeno: mmgr. 3,20 %.

Tempo di coagulazione: 6' (Bürker).

CONCLUSIONI.

In questo gruppo di pazienti, a differenza dei precedenti, ai quali non fu fatto un trattamento K-vitaminico, l'ipotrombinemia che segue all'ano cecale non ha avuto modo di manifestarsi. Il T. P. infatti si è conservato sempre normale ed anche la fugace ipotrombinenemia post-operatoria (Ambrosi) (3) è stata scarsa. Quindi in tale maniera si è venuta a correggere una ipovitaminosi K, per la quale non sembrano poter esistere altre etiologie all'infuori di quella legata alla deficiente funzione intestinale, in rapporto con la deviazione del contenuto all'esterno, con il conseguente accelerato transito, e con la scomparsa della putrefazione colica, normale produttrice di vitamina K_2 (Dam) (4); viene in tal modo riconfermata l'importanza del fattore intestinale per il mantenimento della mormoprotrombinemia.

Da tutto ciò scaturisce anche il concetto terapeutico della preventiva somministrazione di vitamina antiemorragica a questi pazienti, prima dell'intervento definitivo, sempre così grave e così traumatizzante, a ristabilimento delle condizioni ottimali della coagulabilità sanguigna.

RIASSUNTO

L'Autore ha studiato l'ipotrombinemia che segue all'esclusione operatoria del colon per ano cecale e la possibilità [illegible] la terapia K-vitaminica.

BIBLIOGRAFIA.

1) BAGGIO. Journal de Chirurgie, vol. 55, n. 4, avril 1940.
2) SAJA e MASINI. Rass. di Fisiop. Clin. e Terapia, n. 9, 1940.
3) AMBROSI. Policlinico, Sez. Chirurgica XLVIII, n. 6, p. 213-225.
4) DAM. XVI Int. Physiol. Kongress Zürich, p. 57, 1938.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE PSICHIATRICO PROVINCIALE DI ROMA
Direttore: Prof. FRANCESCO BONFIGLIO

Colesteatoma del lobo temporale destro.

Dott. DIEGO DE CARO, assistente e docente.

I colesteatomi — tumori perlacei — del nevrasse sono poco frequenti. Dalla statistica di Cushing, riferita al Congresso di Neurologia di Berna del 1931, risulta che dei 2023 tumori cerebrali operati nel « Brigman Hospital » soltanto 12 presentavano le caratteristiche istologiche del « tumore perlaceo » descritto da Cruveilhier.

Askenasy riferisce (1938) che fra i 2500 interventi eseguiti nella sezione di Neurochirurgia dell'« Hôpital de la Pitié » solo 5 furono praticati per tumori perlacei. Nel materiale di Dandy si trovano solo 9 colesteatomi, e cioè nel 0,5 % dei casi; nella stessa percentuale figurano nella casistica di Bailey Horrax, su 750 tumori cerebrali, ha osservato solo 7 colesteatomi. Fra i 258 tumori endocranici di Tooth e fra i 487 di Bernhardt esiste un solo colesteatoma per ciascuna serie. Non meno raro è il reperto di colesteatomi del midollo spinale: Pitotti, nel 1930, ne aveva raccolto nella letteratura non più di 15 casi. Attualmente sono stati descritti, secondo Critchley e Fergusson, poco più che un centinaio di colesteatomi del cervello.

L'osservazione di tumori perlacei dell'encefalo non è recente. Rimonta al 1745 la prima osservazione di Verattus, la cui descrizione del resto può far pensare sia ad un colesteatoma contenente capelli sia ad un vero teratoma.

Malgrado i contributi allo studio di questo argomento, il problema del colesteatoma cerebrale è tuttora oscuro.

Innanzi tutto questi tumori sono stati chiamati con i nomi più diversi. A prescindere da alcune denominazioni che hanno attualmente solo valore storico, come quelle di « tumeur adipociriforme » (Le Preste), o di « margaritoma » (Virchow), essi sono tuttora indicati con i nomi di « colesteatoma », « tumore perlaceo », « endotelioma colesteatomatoso », « psammona », « perlkrebs », « dermoide piale », « epidermoide », « Kyste épidermique à cholesterine ». Il termine di « colesteatoma » non è proprio. Esso fu impiegato per la prima volta da Müller nei suoi due casi di « geschichtete perlmutterglänzende Fettgeschwülste »; ma è noto che la presenza di colesterina non è costante in questi tumori, nè tanto meno ne indica il carattere di tumore cerebrale, poichè veri colesteatomi sono stati descritti a carico del mascellare inferiore, della tiroide, del timo, dell'intestino, della pelle, della mammella, degli organi genitali. È noto pure che con lo stesso nome si indicano pseudo-tumori di natura infiammatoria che, come quelli dell'orecchio medio, non hanno a che vedere con i colesteatomi dell'encefalo.

Il termine di « tumore perlaceo » usato da Cruveilhier risponde meglio ai bisogni pratici, poichè, pur tenendo presente solo il loro aspetto esteriore, ne indica il più costante e tipico carattere prescindendo dai loro variabili elementi strutturali e dalle ancora più incerte ipotesi di sviluppo.

PATOGENESI.

L'origine e la natura dei colesteatomi cerebrali sono tuttora oggetto di discussione. Essi sono stati considerati da alcuni autori come endoteliomi che si originano dalla aracnoide. (Perls, Klebs, Schmaus, Glaeser, Nehrkorn, Blumer, Thomas, Bland-Sutton, Frank, Kakesita).

Quantunque non esista un accordo completo sul significato da attribuire al concetto di « endotelio », tuttavia si denominano « endoteli » le cellule connettivali appiattite che rivestono alcune cavità chiuse come il cuore, i vasi sanguigni, i linfatici, la pleura, ecc. Considerando l'aracnoide come una sierosa, provvista quindi di un rivestimento endoteliale, il colesteatoma potrebbe essere considerato come un vero endotelioma originato dalle cellule endoteliali di essa o dei suoi spazi linfatici. È noto però che, secondo le vedute moderne, l'aracnoide non solo non ha i caratteri di una vera sierosa, ma neppure ha una struttura propria, costituendo essa, assieme alla pia meninge, una unica membrana connettivovascolare (leptomeninge).

Inoltre la struttura del colesteatoma è molto più simile a quella della pelle che a quella delle meningi, e la presenza in essi di prodotti di origine cutanea è la prova che questi tumori sono di origine epiteliale.

Alcuni tumori aventi i caratteri macroscopici dei comuni colesteatomi originati dai plessi coroidei hanno veramente una struttura endoteliomatosa — endoteliomi colesteatomatosi (Blumer) — e ricordano gli psammoni dei cavalli. Nella medicina veterinaria infatti, e con grande frequenza appunto nel cavallo, si osservano spesso i colesteatomi, localizzati nei plessi coroidei dei ventricoli laterali. Essi sono spesso bilaterali, hanno un peduncolo che li fissa al plesso e sono liberi nella cavità ventricolare. Sono molto ricchi di vasi sanguigni, per cui sono frequenti in essi le emorragie; sono circondati da abbondante connettivo giovane; contengono elementi endoteliali e pigmenti di melanina, ma non mostrano elementi epiteliali. Questi tumori equini, che sono strutturalmente molto diversi dai colesteatomi dell'uomo, sono stati paragonati agli xantomi ed interpretati da Schmey come « granulationsgeschwülste ». Mc Fadyan propone di chiamarli « psammomi ». È probabile che i tumori osservati da Klebs, Perl, Schmaus e dagli altri che sostengono l'origine endoteliale del colesteatoma dell'uomo siano stati dei colesteatomi del tipo osservato dal Blumer. Tuttavia Mc Fadyan ha osservato due psammomi equini che, nella loro struttura microscopica, erano molto simili ai colesteatomi umani. Sono stati descritti infine (Kakesita) dei colesteatomi del cervello che erano formati in parte da elementi endoteliali, in parte da elementi cornei.

L'opinione che oggi predomina è che questi tumori siano di origine congenita e di natura epiteliale, poichè la loro struttura microscopica dimostra in essi la presenza di un epitelio stratificato che ricorda gli strati della pelle, di una massa centrale amorfa, in parte cornea, contenente cristalli di colesterina, che corrisponde allo strato corneo della cute, di cellule contenenti granuli di cheratoialina, di capelli, ghiandole sebacee e sudoripare. (Critchley e Fergusson, Askenasy, Horrax, Bostroem, Pitotti, Paleari, Salotti, Fracasso).

Il tessuto epiteliale può derivare o da metaplasia delle cellule endoteliali e periteliali degli spazi aracnoidei, o da inclusione fetale di germi epidermici. La prima ipotesi, sostenuta già da Virchow, e poi da Eberth, Glasser, Benda, e da altri, non trova oggi molto favore. La teoria attualmente più accreditata è quella di un'origine congenita per inclusione fetale di germi ectodermici, per cui questi tumori rientrerebbero nel gruppo delle cisti congenite epidermiche (« Kystes épidermiques à cholestèrine » di Askenasy). Si ammette che prima del 3° mese della vita intrauterina, cioè prima della chiusura della doccia neurale, quando l'ectoderma cutaneo copre il mesenchima meningeo, alcuni elementi cutanei si affondono fra le cellule meningee, per evolvere più tardi con i caratteri della pelle. Dalla corneificazione successiva di tali cellule, che non hanno la possibilità di allontanare i loro prodotti di desquamazione, si formano le masse colesteatomatose centrali, ricche di acidi grassi e di colesterina, la quale è un prodotto secondario, dovuto appunto alla impossibilità di allontanare i prodotti di desquamazione degli epiteli.

Poichè alcuni di questi tumori hanno una struttura che ricorda l'epidermide, mentre altri somigliano al derma cutaneo, si deve ammettere che le due varietà traggano origine da germi distinti epidermici e dermici. Le opinioni in proposito sono diverse. Horrax ed altri pensano alla diversa profondità dello strato cellulare che dà origine alla inclusione del germe; Bostroem crede che non già la diversa profondità bensì l'età embriologica del germe produca ora il colesteatoma a tipo epidermico (germe adulto), ora il colesteatoma a tipo dermoide (germe giovane, capace di dare ambedue i tessuti). Critchley e Fergusson sono dell'opinione che ambedue i fattori — profondità ed età del germe — diano origine sia al dermoide sia all'epidermoide. (« ... according to the depthes of the layer or according to its embrionicrantiquity, will produce either an epidermoid or a dermoid type or tumour »).

In conclusione, tanto i colesteatomi a tipo epidermico, tanto quelli a tipo dermico apparterrebbero ad uno stesso gruppo di tumori congeniti. Fra le due varietà esistono solo differenze di grado, e da essi, sempre per gradi, si giungerebbe al teratoma, vero tumore a più germi, che contiene elementi di tutti e tre i foglietti blastodermici. Tale è l'opinione di Ernst, che pensa di unire ai colesteatomi anche i lipomi del cervello che, contenendo a volte osso, nervi, ciglia, ecc., avrebbero anche essi una origine congenita da più germi embrionali. Anche Pitotti ha recentemente descritto un colesteatoma del midollo spinale che conteneva, oltre ad elementi dell'epidermide, anche peli, ghiandole sebacee e sudoripare, grasso, cellule muscolari liscie, elementi cioè derivanti dai tre foglietti blastodermici.

Oltre ai colesteatomi a struttura endoteliale, del tipo degli psammomi equini, esistono altri tumori che hanno una struttura simile ai tumori perlacei, ma che sono probabilmente di natura diversa. Sono essi alcuni dei tumori

cistici iuxtaipofisari ed i colesteatomi di origine otitica. I primi hanno spesso una struttura che somiglia molto a quella del colesteatoma, contenendo colesterina e cellule di tipo epiteliale, ma spesso contengono anche degli abbozzi dentari, per cui essi rientrano nella categoria degli adamantinomi.

I colesteatomi dell'orecchio medio sono diversi dal colesteatoma cerebrale. Si tratta di masse caseose, circondate o no da una capsula connettivale, e contengono cellule epiteliali, colesterina, grasso, sangue, batteri, tessuto di granulazione. Essi sono quasi sempre associati all'otite media cronica ed alla perforazione della membrana del timpano. Non si conosce bene la natura di questo colesteatoma, ma in genere si ritiene che esso sia di origine puramente infiammatoria; esso può formarsi da un tessuto di granulazione carnoso che si sviluppa nell'orecchio medio e che assume i caratteri del colesteatoma per la impossibilità di allontanare i prodotti di desquamazione, oppure può nascere per metaplasia dell'epitelio a colonna che riveste l'orecchio medio, che si trasforma, sotto l'azione di determinati stimoli irritativi, in epitelio stratificato. Questi tumori sono molto più vicini ai granulomi che ai tumori perlacei, ed Humiston e Piette hanno proposto il nome di « colesteatosi ».

Dal colesteatoma dell'orecchio medio deve essere distinto il colesteatoma mastoideo che, per svilupparsi dalle cavità pneumatiche della mastoide, senza l'intervento di altri fattori, è del tutto simile al colesteatoma della diploe del cranio.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Il coleseatoma può essere extracerebrale o intracerebrale.

Il primo, molto più frequente, è situato abitualmente alla base del cervello, sulla linea mediana; esso si trova spesso pure nell'angolo ponto-cerebellare. Il secondo è molto più raro. Esso è situato nella sostanza cerebrale, oppure nei ventricoli laterali.

La grandezza del colesteatoma varia da un grano di miglio ad una grossa arancia. Può essere unico o multiplo. Macroscopicamente questi tumori appaiono come masse rotondeggianti, nettamente separate dal tessuto nervoso da una capsula liscia, sottile, più o meno trasparente, che permette di vedere l'aspetto brillante del contenuto. Spesso sono enucleabili come i meningiomi. Il colore argenteo di essi permette al chirurgo di fare diagnosi di « tumore perlaceo » a prima vista. Incisa la capsula, il contenuto si presenta lucente, madreperlaceo, di consistenza semidura, di grande friabilità, sprovvisto di vasi. L'aspetto brillante di questi tumori abitualmente si perde nei pezzi conservati in formalina.

Istologicamente, alla periferia del tumore si osserva una forte reazione della nevroglia. Il tumore è formato da una parete e da un contenuto. La parete è composta di un epitelio pluristratificato, che ricorda quello della pelle. Infatti esso contiene cellule epiteliali piatte che mostrano nel loro interno granuli di cheratoialina; alcune di queste sono in corneificazione. Nello spessore della parete si rinvengono pochi vasi sanguigni e fibre connettivali. Il contenuto della cisti è abitualmente amorfo, a struttura lassamente reticolare; in esso si osservano delle maglie che delimitano langhi spazi apparentemente vuoti. Con le prove istochimiche si può dimostrare — ma non sempre — la presenza di colesterina. Il contenuto della cisti è privo di vasi sanguigni.

Secondo Bailey, gli strati che costituiscono il tumore, dall'esterno all'interno, sono i seguenti:

1) strato duro, contenente qualche cellula nervosa. Questo strato corrisponde alla zona di reazione nevroglica;

2) strato granuloso, formato da più strati cellulari, contenenti, i più profondi, cellule con granuli di cherotoialina;

3) strato fibroso, formato da una sostanza omogenea;

4) strato celluloso, formato da zone corneificate.

Askenasy descrive, dalla periferia al centro, i seguenti strati:

1) addensamento del tessuto nervoso, con gliosi reattiva;

2) parete della cisti, formata da:

a) strato connettivo, che mostra i segni di un processo infiammatorio o da corpo estraneo. Tale strato è molto ricco di vasi sanguigni, che giungono in vari punti a contatto con le cellule epidermiche sottostanti;

b) epitelio stratificato di tipo cutaneo formato da due o tre strati di cellule basali, poliedriche o pavimentose, simili a quelle dell'epidermide. Gli strati superficiali contengono granuli di cheratoialina, specie a livello delle ripiegature della parete. Esistono inoltre zone di desquamazione, simili a quelle della pelle, ove le cellule appaiono disseccate, e ripiene di lipoidi sudanofili;

3) contenuto della cisti, costituito da una sostanza lipoidea che si colora con il Sudan III.

Contributo personale.

Io ho avuto l'occasione di studiare il caso seguente, che mi pare interessante sia dal punto di vista clinico che istopatologico.

Anamnesi. — Z. Giuseppe di anni 41, barbiere, coniugato senza prole. Anamnesi famigliare negativa. Anamnesi personale remota negativa; non lues nè abusi di alcoolici. Nel febbraio 1940 cominciò ad accusare forte cefalea ed a presentare disturbi dell'equilibrio con tendenza a cadere verso destra. Nel marzo fu operato per ernia inguinale destra, in narcosi eterea. Guarito dell'intervento, la cefalea aumentò ed inoltre il malato diventò torpido e confuso. Poco tempo dopo comparve paralisi del facciale con deviazione della bocca verso destra; anche l'occhio destro appariva deviato verso l'esterno. Contemporaneamente il malato presentava una sempre crescente debolezza generale fino a non potersi reggere in piedi. Ricoverato nella Clinica Neuropsichiatrica, fu trasferito nell'Ospedale Psichiatrico il 6 luglio 1940.

Esame obiettivo. — Soggetto di normale costituzione morfologica. Nulla allo scheletro. Polso eguale, ritmico, di media pressione, frequenza 62; respiro 17; temperatura 36,6.

Cuore nei limiti, toni puri su tutti i focolai. Apparato respiratorio: basi a quattro dita sotto l'angolo della scapola bene mobili; apici alla prominente; F.V.T. ovunque trasmesso; suono di percussione normale; murmure vescicolare su tutto l'ambito. Addome: cicatrice chirurgica da pregresso taglio inguinale destro, guarito per primam, pareti trattabili, indolenti; organi ipocondriaci nei limiti.

Sistema nervoso. — Bulbi oculari sporgenti, specie il sinistro. Sembra che l'esoftalmo sia congenito. In posizione di riposo, la rima palpebrale sinistra appare più ampia della destra. Corrugazione della fronte e movimenti dei sopraccigli normali. Sollevamento delle palpebre più energico a destra. Oculomozione: in posizione di riposo, strabismo divergente dell'occhio destro. Nei movimenti di lateralità, qualche scossa nistagmiforme orizzontale, specie nella rotazione verso destra. I movimenti dei muscoli mimici prevalgono, nella metà destra del volto. La bocca è deviata leggermente a destra. Il paziente può soffiare e fischiare, ma a stento. Lingua bene protusa, deviata a sinistra, un poco tremula, senza scosse fascicolari; nel cavo, essa è mediana. Nulla al velopendulo. Deglutizione e respirazione normali. Voce normale. Il capo è leggermente ruotato a sinistra. Arti superiori: trofismo normale. In posizione di riposo gli arti sono in preda a continui movimenti a tipo coreico, Il tono muscolare è leggermente diminuito bilateralmente. I movimenti attivi sono tutti possibili. La forza muscolare è un poco diminuita a sinistra. Atassia ed adiadococinesia nell'arto destro. Riflessi superficiali e profondi: non alterazioni apprezzabili. Arti inferiori: il trofismo è normale. Il tono muscolare è diminuito bilateralmente.

La forza è diminuita da ambo i lati, ma specie a sinistra. Riflessi: deboli bilateralmente i rotulei e gli achillei. Non si provocano cloni. Non Babinsky, nè a destra nè a sinistra. Oppenheim presente a sinistra con contemporanea flessione dorsale dell'alluce del lato opposto. Addominali e cremasterici assenti. Equilibrio e andatura: impossibile la stazione eretta; il malato, anche sorretto, tende a cadere nelle varie direzioni, ma più frequentemente verso destra. Andatura fortemente lanciante. La sensibilità tattile della faccia, del tronco e degli arti appare normale. Lieve iperalgesia su tutta la superficie del corpo. Sensibilità termica e vibratoria normale. Udito, gusto ed odorato normali. Vista: le condizioni mentali del malato non permettono un esame preciso; tuttavia sembra che esista diplopia nella visione laterale sinistra ed emianopsia bilaterale destra. Pupille: eguali, a contorni regolari, bene reagenti alla luce ed alla distanza.

Esame psichico. — Il paziente presenta un'espressione attonita. Spesso si guarda attorno vagamente, compiendo continui movimenti con gli arti, senza scopo apparente. È irrequieto, tanto che cerca spesso di scendere dal letto. Quando si riesce a fissare la sua attenzione, il malato assume un'espressione vivace, allegra e cordiale. Appare notevolmente confuso e disorientato specie nel tempo; è pure poco orientato
rende conto di essere in un ospedale nè riconosce con esattezza le persone che lo circondano. Presenta gravi disturbi della momoria. Meno lesa è la rievocazione dei ricordi lontani, per quanto anche essi piuttosto imprecisi nelle date e nella successione cronologica degli avvenimenti. Molto più compromessa si manifesta la rievocazione dei ricordi recenti. Abbondano falsi ricordi e confabulazioni; il paziente confonde uomini e cose; chiama sistematicamente il medico del reparto con il nome di dott. X..., che lo ha precedentemente curato; dice di non trovarsi a Roma ma a Napoli, perchè « c'è un bel sole, e questo sole non può essere che quello di Napoli ». Nei discorsi spontanei e tematici si mostra nettamente euforico e talora anche faceto. Interrogato sulle sue condizioni di salute, egli dice di sentirsi molto bene; solo, di tanto in tanto, ha un po' di mal di capo. Si dimostra ottimista; pensa che presto andrà a casa ed è perciò molto contento. Non esprime alcun desiderio e si mostra del tutto inaffettivo. Dorme a lungo, si nutre con voracità e non è capace a provvedere ai suoi bisogni fisici.

In complesso, il malato dimostra completa assenza di critica, mancanza di senso di malattia, spiccata tendenza ad un ottimismo euforico e scherzoso, gravi disturbi della memoria. Inoltre manifesta una grave indifferenza affettiva con adattamento passivo all'ambiente.

Durante gli esami neurologici si nota che, quando il malato è messo a sedere sul letto e sposta la testa nelle varie posizioni, egli è colto da improvvisa e fortissima cefalea con pallore e cianosi del volto, e grave confusione. Riportato il malato in posizione supina, dopo una ventina di minuti, la cefalea si attenua notevolmente ed il paziente appare più lucido.

Si praticarono i seguenti esami. Urine: nulla di patologico. Sangue: R. W., Meinicke, Kahn, negative. Puntura lombare: P. I. 55; si estraggono 15 cc. di liquor limpido; P. F. 32. Indice di Ayala = 1,2. Albumina, 0,25%. Mastice 000000. Cellule: nessuna. Pandy, Nonne, Weichbrodt, negative. R. W., Müller, negative.

Poichè la cefalea iniziale, la paralisi parziale dell'oculomotorcomune di destra, la paralisi del facciale di sinistra a tipo centrale, l'astenia dell'arto inferiore di sinistra, il torpore mentale, lo stato demenziale, ed infine l'ipertensione del liquor, con indice di Ayala molto basso, senza altri elementi patologici, facevano sospettare l'esistenza di un tumore cerebrale, si procedè all'esame del fondo dell'occhio ed all'encefalografia. L'esame del fundus oculi diede: papilla da stasi bilaterale, con numerose emorragie; l'encefalografia diede: mancato riempimento dei ventricoli laterali. Fu confermata quindi l'ipotesi di un tumore cerebrale, che, per la paralisi del facciale a tipo centrale, l'astenia della gamba sinistra, la paralisi parziale dell'oculomotorcomune destro, l'atassia e l'adiodococinesia del braccio destro, doveva essere presumibilmente localizzato nell'emisfero destro. Circa la sede si poteva senz'altro eliminare la zona motoria, per la mancanza di epilessia Jacksoniana. La presenza della « Witzelsucht » e lo stato demenziale potevano far pensare ad una sede prefrontale; tuttavia questa sede avrebbe spiegato difficilmente la compromissione della via piramidale, la paralisi del VII e del III, la atassia non frontale, l'adiodococinesia. Per queste ragioni, ed anche per la probabile presenza di una emianopsia bilaterale destra, si pensò più verosimile che il tumore fosse localizzato nel lobo temporale destro.

FIG. 1. — Il tumore, dopo aver invasa la sostanza grigia del lobo temporale, si estrinseca fra il cervelletto ed il lobo occipitale. Esso si estende in parte anche all'angolo ponto-cerebellare de .ro.

FIG. 2. — Sezione frontale del cervello, all'altezza del chiasma ottico. Il tumore invade quasi tutto il lobo temporale destro.

Durante la successiva permanenza del malato nell'Ospedale Psichiatrico, si rese sempre più evidente l'emiparesi sinistra. Anche l'emianopsia destra — per quanto permetteva accertare lo stato mentale del malato — sembrava più manifesta. Le crisi di cefalea e di confusione sopraccennate, che sorgevano quando il malato spostava la testa, si fecero più gravi. Dal punto di vista psichico, si accentuarono i disturbi dell'orientamento e della memoria, l'euforia, l'ottimismo puerile, la mancanza di critica e l'indifferenza affettiva.

Dicembre 1940. Esame obiettivo. Condizioni generali cattive. Nulla a carico degli organi del torace e dell'addome.

Sistema nervoso: paresi grave del facciale inferiore sinistro. Paresi del facciale di destra a tipo periferico. Strabismo divergente occhio destro, con diplopia. Tremori agli arti superiori.

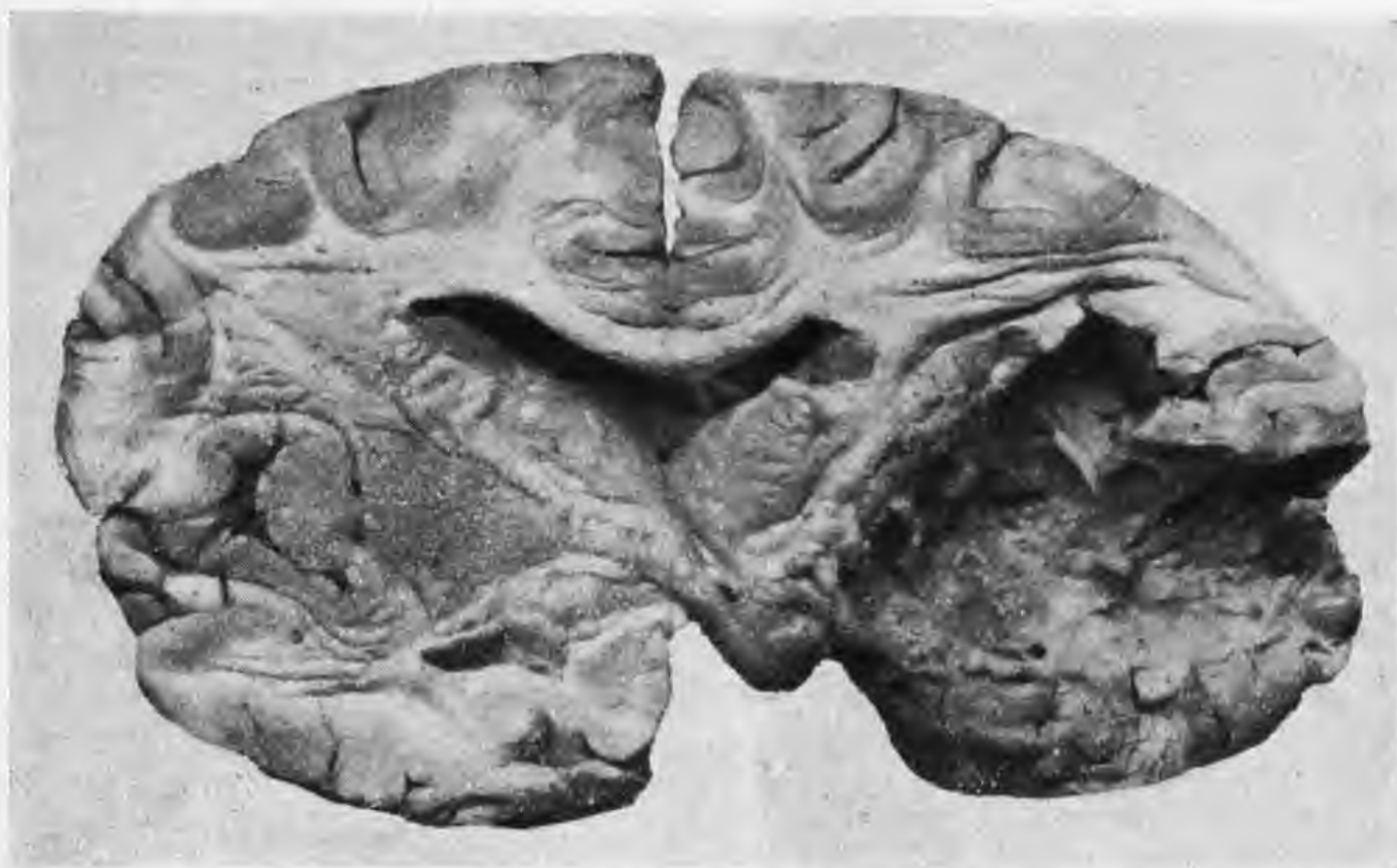



FIG. 3. — Sezione come nella figura precedente. La massa centrale del tumore è stata asportata. Residua una grossa cavità, con parete irregolare e lucente, coperta da numerosi granuli giallo-biancastri, di aspetto perlaceo.

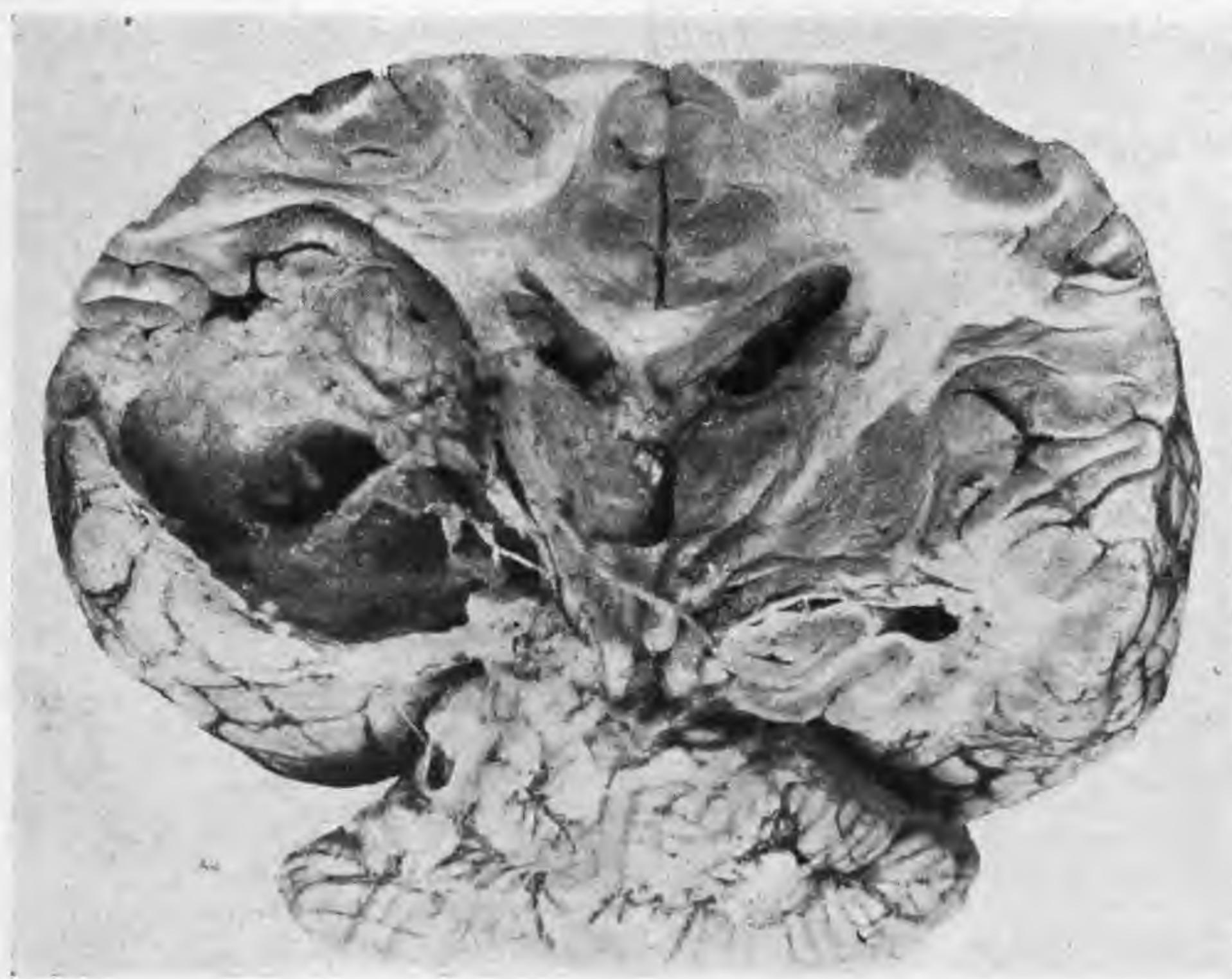



FIG. 4. — Taglio come nelle figure precedenti. Sezione posteriore, vista dalla faccia anteriore. La massa centrale del tumore è stata asportata. Nel fondo si osserva l'inizio del corno occipitale del ventricolo laterale destro. A destra, sempre nel fondo, la cavità del tumore comunica con la massa colesteatomtosa di cui alla figura 1.

Paresi degli arti di sinistra. Riflessi tendinei vivaci, specie a sinistra. Clono rotuleo bilaterale; clono del piede a sinistra; Babinsky a sinistra.

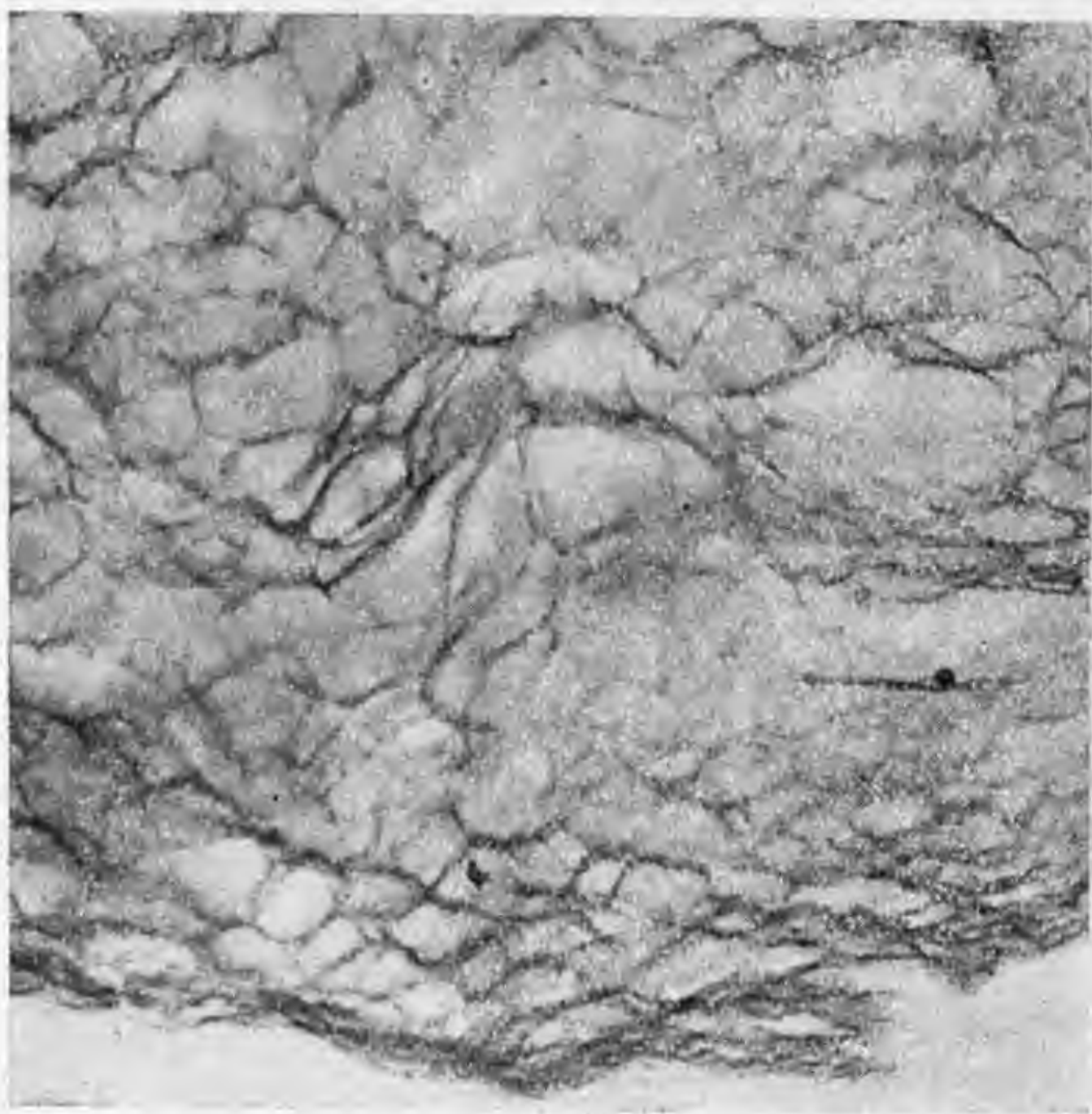



FIG. 5. — Ematossilina-eosina. Oc. 4 Zeis; ob. 1/12 imm. Zeiss. Microf. Parte centrale del tumore. Si osserva un tessuto amorfo, reticolato, privo di cellule.

Sensibilità: le condizioni mentali del malato non permettono un esame metodico; tuttavia le sensibilità dolorifiche e termiche sono conservate. Stazione eretta ed andatura impossibili. Sensi specifici: emianopsia bilaterale destra; probabile diminuzione dell'udito a destra.

Dal febbraio 1941 le condizioni generali si andarono aggravando. Dal mese di aprile il malato fu permanentemente sonnolente. Nel maggio, febbre e broncopolmonite destra. Il 20 maggio: obitus.

Autopsia. — Miocardio flaccido, in atrofia bruna, con qualche chiazza di sclerosi. Bronchite purulenta diffusa. Broncopolmonite destra. Degenerazione grassa del fegato. Iperemia passiva della milza e dei reni. Cistite purulenta.

Cervello: peso gr. 1540. Iperemia della leptomeninge.

Nulla di patologico ai vasi della base.

Il lobo temporale destro, visto dalla faccia inferiore, appare ingrandito. Esso è più sporgente rispetto a quello di sinistra, sorpassa all'interno la linea mediana, spostando verso sinistra la benderella ottica destra, il peduncolo cerebrale destro, il chiasma e l'infundibolo. Inoltre, anche l'oculomotore comune ed il trigemino sono leggermente compressi fra il temporale ed il ponte. Abbassando il lobo destro del cervelletto, nell'angolo formato dalla sua faccia superiore e dalla faccia inferiore del lobo occipitale, nel punto ove questo passa nel temporale, si nota che la pia madre è sollevata da una tumefazione di superficie irregolare, della forma e volume di una grossa mandorla, di colorito bianco-lucente che si approfonda nel lobo temporale (fig. 1).

Praticato un taglio frontale che passa all'altezza del chiasma ottico, si osserva che il lobo temporale destro è occupato da una grossa massa tumorale, della grandezza di un'arancia, circondata da uno strato di corteccia apparentemente sana, la quale, verso l'interno e sulla faccia esterna, è ridotta ad una sottile lamina (fig. 2). Anteriormente, la massa giunge a circa 2 cm. dietro il polo temporale; posteriormente, sporge nella parte media del corno occipitale del ventricolo laterale; in alto, giunge fino al solco di Silvio, che appare spostato in alto; medialmente, la massa occupa l'area del lenticolare, del quale si nota soltanto una sottile striscia che aderisce alla massa del tumore, mentre la capsula interna, il ta-

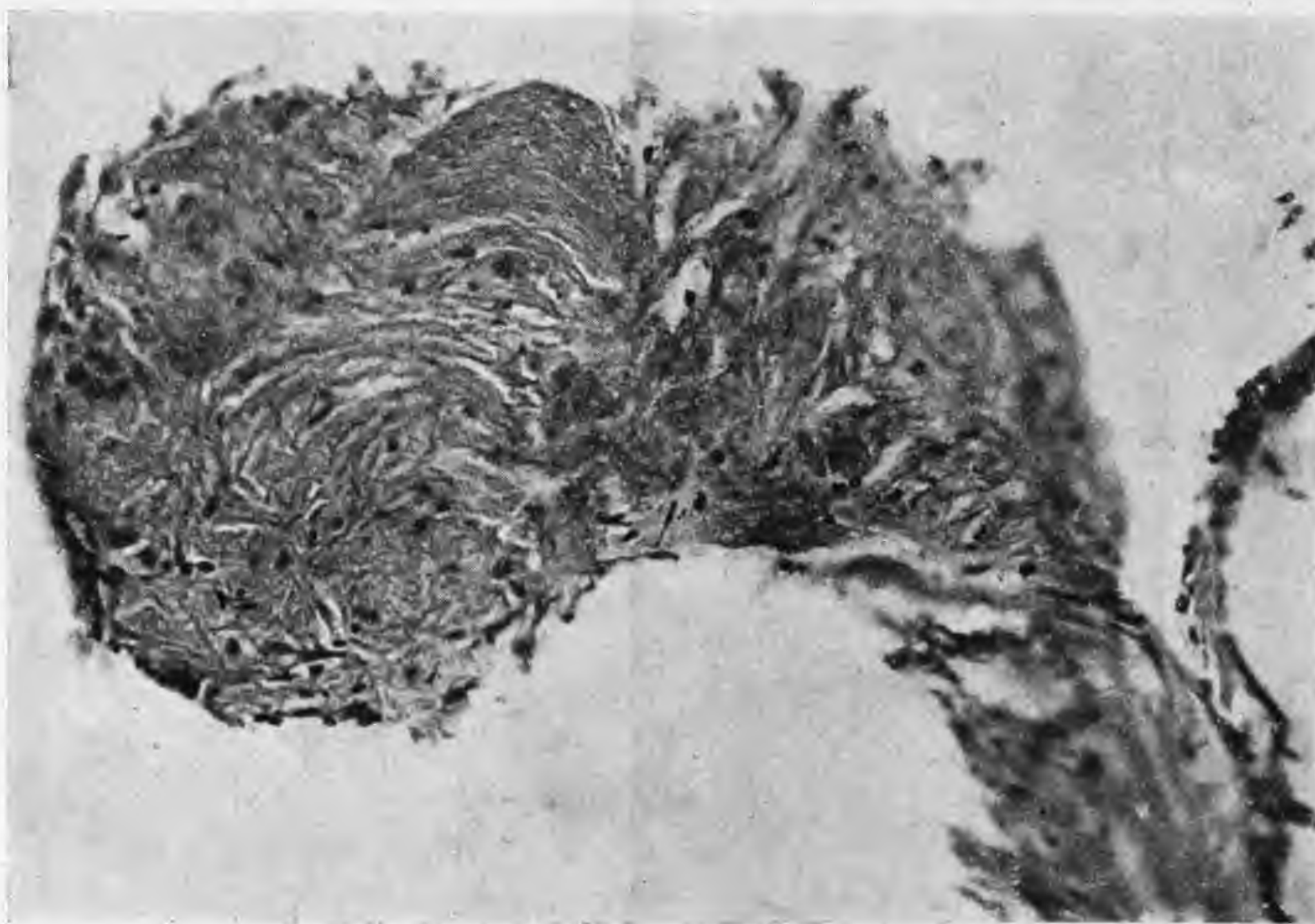



FIG. 6. — Nissl. Oc. 4 Zeiss; ob. 6 Voitglän. Microf. Elementi epiteliali della parete in via di corneificazione.

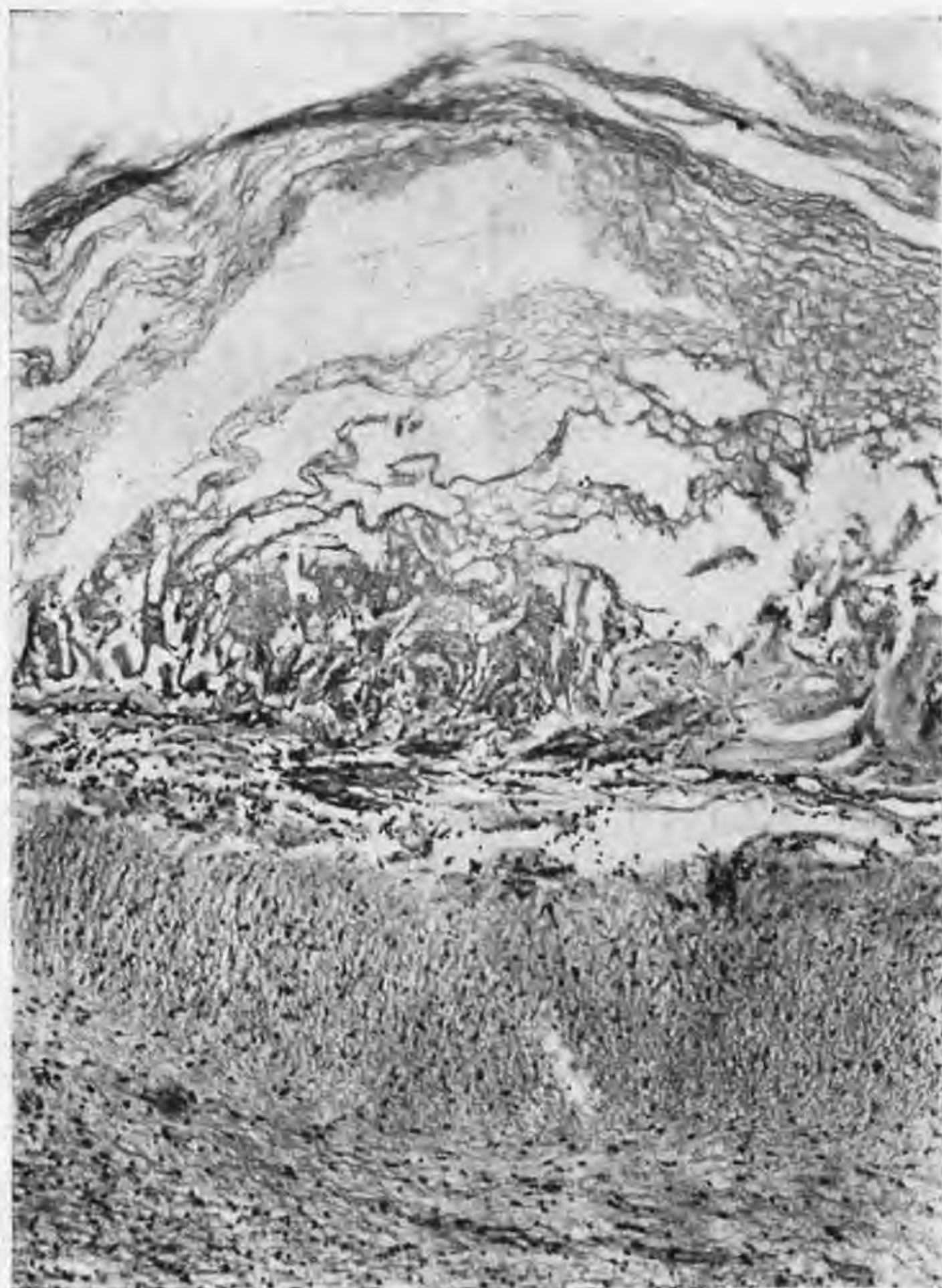



FIG. 7 — Ematossilina-eosina. Oc. 4 Zeiss; ob. 6 Voitglän. Microf. Parete della cisti formata da un epitelio pluristratificato. Lo strato superficiale è in via di corneificazione.

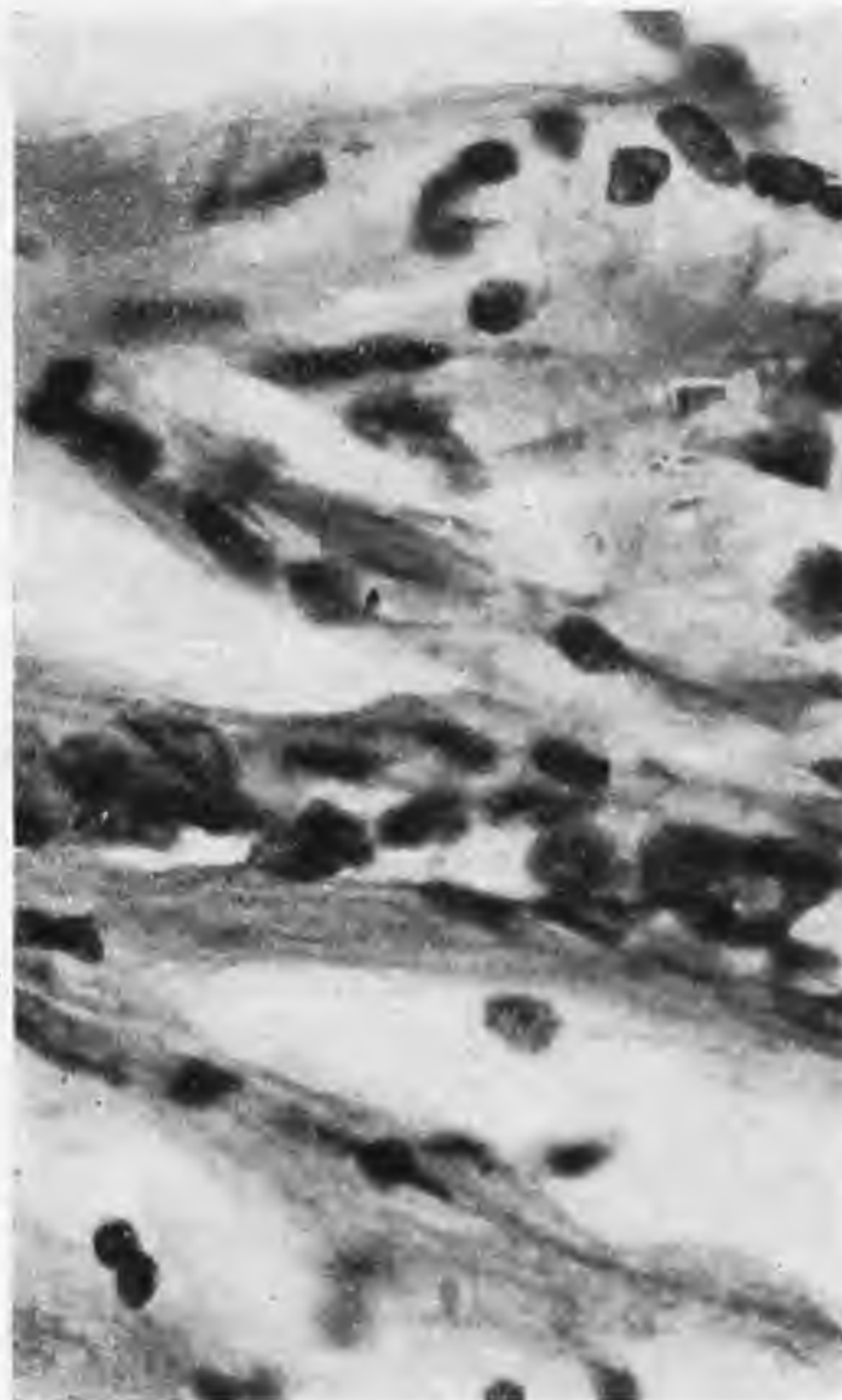



FIG. 8. FIG. 9.

Nissl. Oc. 4 Zeiss; ob. 1/12 imm. Zeiss. Microf. Epitelio della parete. Si vedono delle cellule larghe, poligonali, di tipo epidermico.

lamo ottico ed il caudato appaiono notevolmente spostati verso la parte mediale. Il terzo ventricolo appare dilatato e spostato a sinistra. I ventricoli laterali sono molto dilatati. L'acquedotto di Silvio, anch'esso spostato verso sinistra, all'esame con lo specillo, appare impervio.

Il tumore appare costituito macroscopicamente da una parete e da una massa centrale. Questa è di colore bianco-argento, lucente, mammellonato, con noduli di varia grandezza, di aspetto perlaceo. Al tatto, essa risulta un poco untuosa, di consistenza pastoso-elastica. Essa è estremamente friabile, tanto che, immerso il cervello in formolo, dopo poco tempo si disperde nel liquido a lamelle e a grani. Nella massa centrale non si vedono vasi sanguigni.

Asportato con facilità il contenuto, residua una grossa cavità irregolare, circoscritta da una parete anfrattuosa, lucente, sulla quale si osservano numerose solcature e rilievi, e delle sottili membrane aderenti soltanto in parte alla faccia interna della parete (fig. 3). In molti punti la superficie presenta granuli di varia grandezza da una testa di spillo ad un pisello, anche essi di aspetto perlaceo, più opachi della parete, che è dello spessore medio di 2 mm., ed appare separata dalla sostanza cerebrale circostante da un netto piano di clivaggio. Nei punti ove la corteccia è sottile, è più difficile isolare la parete cistica. Nella parte più mediale della cavità, questa comunica con l'esterno mediante un orifizio attraverso il quale il contenuto si continua con la massa dello stesso aspetto che è stata descritta fra l'occipitale ed il cervelletto (fig. 4).

Esame microscopico. — Osservando i preparati colorati con l'ematossilina-eosina, il tumore appare formato da tessuti essenzialmente diversi. Nella parte centrale di esso infatti si nota un tessuto amorfo, quasi del tutto privo di cellule, che prende scarsamente il colore. Alla periferia della zona centrale si nota uno strato di tessuto epiteliale pluristratificato che racchiude la massa centrale e che costituisce la parete della cisti. Infine, attorno alla parete, si osserva uno strato formato di tessuto connettivo adulto, circondato a sua volta da una zona gliale reattiva.

Contenuto: l'interno del tumore è formato da un tessuto a struttura reticolare, a maglie irregolari, piuttosto lasse, le quali circoscrivono degli spazi poligonali (fig. 5). Fra le maglie del tessuto si osservano rarissime cellule di aspetto epiteliale, con segni di degenerazione. La massa centrale del tumore, che non presenta vasi sanguigni e colorabile con il Sudan III: in essa però non si riscontrano cristalli di colesterina.

Nelle parti più periferiche, adiacenti alla parete della cisti, si osservano massette rotondeggianti, formate da vari strati concentrici, nelle quali si nota qualche raro elemento epiteliale degenerato. Queste varie massette, piuttosto brillanti, di aspetto corneo, sono a volte attaccate da una specie di peduncolo alla parete della cisti (fig. 6); altre volte sono isolate in mezzo al tessuto amorfo reticolato centrale; altre volte infine sono situate nello spessore della parete della cisti.

Parete della cisti: nella parte più interna della parete, a contatto con il tessuto amorfo centrale, si osserva un epitelio pavimentoso piuristratificato (fig. 7). Le cellule che formano tale epitelio sono piatte, larghe, ora rotondeggianti, ora poligonali (fig. 8 e 9). Nel loro citoplasma si possono osservare, a forte ingrandimento, numerosi piccoli granuli scuri che, mediante le colorazioni con l'ematossilina ferrica di Heidenheim, e con l'ematossilina-allume di Delafield, risultano formati di cheratoialina (fig. 10). In molti tratti, la parte della cisti è del tutto sprovvista di rivestimento epiteliale. Verso l'interno, l'epitelio pavimentoso appare separato dal tessuto amorfo centrale da un limite netto di demarcazione, poichè nessun altro strato appare interposto fra i due tessuti. In certi tratti, l'epitelio si stacca dal sottostante tessuto sul quale poggia e si addentra nel tessuto amorfo centrale.

FIG. 10. — Nissl. Oc. 4 Zeiss; ob. 1/12 imm. Zeiss. Microf. Epitelio della parete. Nel citoplasma delle cellule sono visibili granuli di cheratoialina.

Strato connettivale periferico: addossato all'epitelio della parete cistica, si osserva un ampio strato formato da elementi piuttosto allungati, affusati, con nuclei rotondeggianti che hanno il carattere di elementi connettivali. Questo strato è ricco di vasi sanguigni.

Strato reattivo gliale periferico: attorno al tumore si osserva un addensamento di nuclei rotondeggianti, che colorati con il Nissl, si dimostrano appartenere a tessuto gliale. Il tessuto appare formato in prevalenza di astrociti ipertrofici ed iperplastici, forniti di grossi prolungamenti.

L'esame del resto del cervello non fa rilevare alterazioni apprezzabili.

(Continua).

SUNTI E RASSEGNE

MISCELLANEA.

La porpora ostostatica.

(A. GIANNONI. *Riv. di Clin. Medica*, 30 settembre 1941).

La porpora provocata dalla stazione eretta fu segnalata da Scheby-Birch nel 1874 e successivamente è stata descritta da altri autori senza che si pensasse a farne un'entità nosologica isolata. Nel 1904 Achard e Grenet, che proposero il nome di porpora ortostatica, vollero farne una sindrome emorragica distinta da inquadrare nosograficamente accanto alle altre porpore per i suoi caratteri propri clinici e etiopatogenetici. Questa tesi non ebbe seguito e fino al lavoro di Buscaglia del 1940 tutti gli AA. che si sono occupati di questa malattia la considerano solo come una manifestazione sintomatica invece che come una malattia a sè. Nei trattati di solito essa viene appena ricordata come un particolare aspetto della peliosi reumatica. Lo Schultz nella sua monografia le dedica un capitolo intero, ma solo per poter discutere ampiamente i rapporti colla peliosi e i suoi aspetti patogenetici.

Nella porpora trombopenica esiste certamente l'influenza dell'ortostatismo, perchè oltre ad aversi manifestazioni emorragiche agli arti inferiori, si hanno dal lato del decubito più prolungato. Però l'ortostatismo non assume carattere preponderante accanto agli altri fattori patogenetici, perchè si osservano moltissimi casi in cui le manifestazioni emorragiche compaiono agli arti inferiori, ma in malati che stanno in letto e non in piedi. In alcuni casi si può erroneamente pensare che si tratti di ortostatismo, come in questo caso indicato ora, e anche in casi in cui invece di ortostatismo si tratta di traumi.

Invece nel m. di Schönlein gli elementi emorragici mostrano una netta predilezione per gli arti inferiori e spesso, scomparsa la sintomatologia morbosa, ricompaiono le manifestazioni emorragiche appena il malato si alza da letto. C'è poi un gruppo di casi in cui manca la sintomatologia completa del m. di Schonlein (febbre, dolori articolari) e nemmeno si hanno i dolori addominali della forma di Schonlein-Henoch, mentre esistono in pieno benessere manifestazioni emorragiche che compaiono agli arti inferiori dopo lunga permanenza in piedi.

Caratteristica clinica delle manifestazioni emorragiche ortostatiche è la loro piccolezza, il numero limitato e la localizzazione agli arti inferiori. La scomparsa degli elementi emorragici può essere seguita da pigmentazione cutanea.

Nel maggior numero dei casi di porpora ortostatica la malattia guarisce, specialmente nei casi in cui si tratta di malattia focale e si riesce ad identificare il focus. A volte l'allontanamento del focus è seguito immediatamente da un aggravarsi della malattia con guarigione dopo questa riacutizzazione. Esistono però dei casi in cui le manifestazioni continuano a ripetersi per anni.

La porpora ortostatica si deve considerare come manifestazione sintomatica della porpora di Schoenlein. Di solito nella porpora ortostatica sono normali tutte le prove emogeniche. Tutt'al più qualche volta si ha una prova del laccio positiva specialmente se la prova si fa precedere da ischemia.

L'A. descrive quattro casi di porpora ortostatica, di cui due da sepsi focale di origine tonsillare guariti colla tonsillectomia, uno pure da focus tonsillare guarito spontaneamente e uno di tipo Schoenlein-Henoch con dolori addominali e diarrea.

Per quanto riguarda il meccanismo di produzione della porpora ortostatica, alcuni ritengono sufficiente l'esistenza di un fattore meccanico: la semplice stazione eretta provoca stasi venosa con conseguente rexin dei piccoli vasi. Ma per Achard e Grenet è necessario ammettere anche un fattore vascolare risiedente in una fragilità capillare. Questa fragilità secondo Pick e Rosenthal è costituzionale, mentre per Kassowitz, Frontali, Pfaundler è luetica, per Wolf è tubercolare, per Coutry e Faisan è neurovegetativa, per altri ancora endocrina. Schultz precisa che si tratta della stessa alterazione vacolare che si ha nella porpora anafilattoide, di cui la forma ortostatica fa parte e come tale va inclusa nel m. di Schoenlein.

Indagando meglio la patogenesi bisogna osservare che la stasi venosa provocata dalla stazione eretta e dal laccio non provoca necessariamente un'ipertensione capillare. Anzi in un primo tempo l'ansa capillare tende ad assottigliarsi. Questo spiega perchè nel primo tempo della stasi una chiazza di pallore si fa più pallida e perchè nella cute sottoposta a stasi persista il dermografismo bianco.

Secondo osservazioni di Meldolesi e Ruggeri solo un aumento molto notevole e prolungato della pressione venosa riesce a far salire la pressione capillare. Nella stasi si ha non solo un aumento di calibro dei piccoli vasi ma anche cianosi, la quale coi prodotti metabolici tissurali che la provoca aumenta la vasodilatazione. Questa vasodilatazione di tutto il territorio venoso capillare provoca abbassamento dei valori della pressione endocapillare, in modo che diminuisce l'azione meccanica della stasi.

Nella porpora ortostatica i valori della pressione venosa si devono considerare molto inferiori a quelli che si possono raggiungere colla prova del laccio.

Se fra pressione endocapillare e comparsa delle emorragie ci fosse un rapporto stretto,

si dovrebbero avere a più ragionevole emorragie nell'ipertensione arteriosa. Invece dell'ipertensione essenziale c'è un'alta ma non costante positività della prova del laccio. A parità di valori pressori la prova è positiva più facilmente negli ipertesi che negli arteriosclerotici e nefropatici. Inoltre la positività del laccio è assolutamente indipendente dall'essersi o no verificato un aumento della pressione capillare e dal suo grado. Perciò l'aumento della pressione capillare conseguente all'ipertensione favorisce le emorragie da stasi. Però vi sono altri fattori più importanti dai quali dipende la comparsa delle emorragie anche quando la prova del laccio è positiva e la pressione arteriosa è normale o inferiore al normale.

L'aumento della pressione venosa deve farsi sentire più che sul tratto dei capillari, nel territorio dei piccoli vasi venulari cutanei che hanno comportamento funzionale diverso da quello dei vasi terminali per la presenza di anastomosi artero-venose. E proprio in corrispondenza di questi vasi si hanno le manifestazioni emorragiche da ortostatismo o da stasi provocata.

Se il fattore meccanico dovesse avere un valore notevole si dovrebbero veder comparire le emorragie quando la stasi dura da maggior tempo, quando la cianosi è più intensa, perchè è allora che il territorio dei vasi venosi subpapillari ha subito la massima dilatazione. Invece nella prova del laccio le emorragie si presentano non dove la stasi è maggiore, all'estremo distale dell'arto, ma più vicino al laccio e possono anche comparire quando la cianosi è in regressione e viene sostituita dall'iperemia attiva.

Le condizioni di rallentamento di circolo provocate dalla stazione eretta non si possono confrontare con quelle della stasi artificiale: verosimilmente il terzo inferiore della gamba è il solo in cui l'ingombro venoso possa farsi sentire. Ma in qualche caso si hanno emorragie anche in corrispondenza della coscia e a volte solo alla coscia e nello stesso individuo si possono aver le emorragie ora in una sede ora in un'altra. Il che prova la mancanza di un rapporto costante fra grado di stasi venosa e comparsa delle emorragie.

Più importante ancora è il fatto che spesso le emorragie compaiono indipendentemente dal tempo di permanenza in piedi, perchè si possono avere dopo pochi minuti che il malato si è alzato da letto oppure molte ore dopo o possono anche mancare per giorni e settimane sebbene il malato stia in letto solo la notte. Si ammette perciò generalmente l'esistenza di fattori vasali. Ma l'alterazione vasale è certamente reversibile perchè la positività della prova dal laccio scompare appena poche ore dopo la splenectomia.

Secondo alcuni la base della maggior fragilità vasale, che dovrebbe essere a base della porpora ortostatica, può essere rappresentata da fattori costituzionali, da squilibri della regolazione vegetativa o endocrina. Sono però assai vaghe queste indicazioni che ritengono l'aumento della fragilità vasale come conseguenza delle alterazioni del tono e della motilità dei vasi. A favore di quest'opinione si citano le ectasie e gli aneurismi capillari e la presenza della sindrome spastico-atonica in soggetti che hanno facilmente ecchimosi per piccoli traumi. Questa condizione favorirebbe l'emorragia più per diapedesi che per rexin e potrebbe dipendere da modificazioni fisicochimiche anafilattiche. Però anche queste alterazioni sono tutt'altro che costanti e non presentano parallelismo colle manifestazioni emorragiche da stasi. Anche nei casi in cui queste alterazioni venulari sono più evidenti (come nella porpora di Majocchi, nell'angiomatosi ereditaria di Osler e in tutte le forme che rientrano fra le diatesi emorragiche che Lunedei chiama diatesi venulari).

Nelle diatesi venulari Lunedei comprende quelle sindromi emorragiche di incerta definizione e precisamente l'emofiloide di Massy Magro, l'emorragiosi costituzionale anafilattica di Chevalier. Esse hanno negativa la prova del laccio, quindi non possono essere comprese fra quelle che i francesi chiamano piccola emogenia.

C'è un'ipotesi secondo la quale un'aumentata fragilità vascolare può essere in rapporto colla regolazione dei piccoli vasi prevalentemente legata al sistema nervoso e ad un'azione umorale endocrina. Secondo alcuni l'aumentata fragilità vasale è in rapporto con ipotonia dei piccoli vasi per azione di sostanze vasodilatatrici liberate dai tessuti (istamina e sostanze istaminosimili). La insorgenza delle emorragie sarebbe facilitata dalla precedente reazione vasodilatatrice.

Lunedei ha veduto infatti localizzarsi le manifestazioni emorragiche in corrispondenza di zone senapizzate preventivamente e intorno ad articolazioni malate di reumatismo articolare cronico.

Non esiste un rapporto netto fra istamina e emorragie. L'A. cita un caso molto dimostrativo in cui si ebbe una notevolissima reazione locale all'istamina senza che comparissero manifestazioni emorragiche. Però l'indipendenza fra istamina e emorragie non è così netta come potrebbe sembrare da questa affermazione, perchè nel caso descritto si ebbero le emorragie molto tardivamente nelle zone precedentemente istaminizzate. Il che si può paragonare a quello che avviene per le zone senapizzate o sottoposte all'azione di raggi solari o ultravioletti.

In un altro malato si ebbero manifestazioni emorragiche da istamina solo dopo stazione eretta e in una sola zona, mentre nessuna reazione emorragica si ebbe in altre zone e in decubito non eretto. Nello stesso ammalato sono state osservate emorragie locali dopo lunga permanenza in ginocchio. Potrebbe sem-

brare che in questo caso il trauma avesse importanza notevolissima nel determinismo delle emorragie. Però queste si sono manifestate in zone limitrofe ma discretamente lontane dalla zona traumatizzata, il che toglie al trauma un valore vero.

L'A. fa notare che c'è un fenomeno di notevole interesse osservato da Lunedei: in un caso di positività della prova del laccio, ripetendo la prova dal lato opposto e dopo aver provocato un'ischemia locale, le manifestazioni emorragiche mancano o sono di scarsa entità. Lunedei ha chiamato questo fatto fenomeno di refrattarizzazione e di sensibilizzazione alle manifestazioni emorragiche da stasi provocata. Esso dimostra che le condizioni in cui si producono le manifestazioni emorragiche possono variare da un momento all'altro e non sono in rapporto nè con un'azione meccanica provocata dalla stasi circolatoria nè con particolare fragilità delle pareti vascolari.

A queste rapide variazioni indotte nella prova del laccio fanno riscontro alcuni fatti clinici e precisamente la comparsa a gittate delle manifestazioni emorragiche nella malattia di Schoenlein e nella porpora ortostatica, in cui ogni episodio emorragico è di brevissima durata ed è separato dall'altro da un periodo di tempo anche assai lungo. Lo stesso avviene nella prova del laccio, in cui le emorragie compaiono simultaneamente e improvvisamente e, prolungando la stasi dopo questa improvvisa efflorescenza, non si hanno più emorragie o si hanno solo pochi elementi isolati.

I fenomeni di refrattarizzazione e di sensibilizzazione di Lunedei si possono spiegare più facilmente pensando che le manifestazioni emorragiche da stasi siano provocate da azione sui vasi di particolari sostanze liberate dai tessuti posti in sofferenza dalla stasi e dall'accumulo di prodotti del loro ricambio.

C'è un'altra analogia fra le manifestazioni emorragiche da stasi e le manifestazioni pomfoidi e vasomotorie che si hanno per liberazione di sostanze istaminosimili da parte dei tessuti. Però la mancanza di concordanza nel tempo di comparsa, nella sede e nell'intensità dei due ordini di fenomeni fa ritenere che le sostanze istamino-simili non siano responsabili delle manifestazioni emorragiche, ma che i tessuti siano capaci di liberare altre sostanze diverse da quelle e che facilitano la diapedesi delle emazie senza poter escludere che manifestazioni emorragiche e istaminiche possano presentarsi anche contemporaneamente nella stessa sede e decorrere parallelamente. P. e. nel m. di Schoenlein l'elemento più caratteristico è il misto emorragico-pomfoide. Bisogna ricordare a questo proposito che esiste un'urticaria ortostatica, per cui si deve pensare all'ortostatismo come una condizione sufficiente, in soggetti particolari, a determinare liberazione dai tessuti di sostanze istaminosimili.

Questa tendenza dei tessuti a liberare sostanze che facilitano la diapedesi delle emazie è stata chiamata da Lunedei « angiofilia tessulare emorragica ». Questo concetto spiega la patogenesi delle manifestazioni emorragiche da stasi e spontanee. Esso spiega anche la localizzazione di petecchie lontano dalla sede di applicazione del laccio, senza dire della diversa sensibilità all'azione lesiva della stasi nelle regioni distali dell'arto rispetto a quelle prossimali, sensibilità che può avere dei rapporti anche cogli stimoli ambientali, termici, luminosi ,meccanici.

La mancanza di manifestazioni emorragiche nelle zone di quelle macchie bianche che compaiono spesso durante la stasi e che sono espressione di uno spasmo arterioso con conseguente ischemia e in corrispondenza delle macchie rosa-salmone dovute all'azione di sostanze istamino-simili si può spiegare collo spasmo arteriolare con cui cessa l'afflusso di sangue e si vuotano i capillari. Se si interrompe la circolazione del braccio fino alla completa ischemia non si hanno manifestazioni emorragiche, che compaiono invece durante l'iperemia reattiva. Però il solo passaggio brusco dall'occlusione arteriosa allo stato di massima pervietà delle arterie non basta a produrre emorragia. Queste si hanno solo se si passa dall'ischemia alla stasi, a meno che non si tratti di arteriosclerotici.

Per lo più ripetendo la prova dopo un certo tempo, fino a scomparsa completa dell'iperemia reattiva, si ha la prduzione di emorragie.

Per quanto riguarda l'etiologia della porpora ortostatica (e della malattia di Schoenlein a cui essa, nella maggioranza dei casi, deve essere riportata) la quasi totalità degli autori sostiene l'etiologia tubercolare. Mentre Schultz, Wolff e Grossner parlano di tubercolosi in genere senza meglio specificare, Grenet ritiene che la porpora ortostatica nei tubercolotici si debba spiegare con alterazioni del sistema nervoso. C'è chi ritiene la porpora una forma di pseudoreumatismo tubercolare. Altri ritengono che faccia parte del gruppo di malattie legate a sepsi focale, altri la considerano una malattia allergica. Moltissimi sono i dati in favore di quest'ultima teoria allergica, ma manca l'elemento decisivo, cioè la possibilità di un trasporto passivo.

L'A. riferisce alcuni casi da lui osservati che guarirono dopo la guarigione del focus dal quale dipendevano.

Tutte queste manifestazioni emorragiche per le quali si ammette una causa allergica fanno pensare al fenomeno di Sanarelli-Schwartzmann. La forma fulminante di Henoch ha tutti i caratteri di questo fenomeno. Però, poichè non ogni fenomeno iperergico si accompagna a manifestazioni emorragiche e viceversa, si possono avere emorragie senza manifestazioni istaminiche, le sostanze emorragizzanti si devono formare in condizioni partico-

lari. Lunedei, avvicinando le due sostanze allergizzanti e emorraggizzanti, ha diviso l'angiofilia tissulare in due gruppi: la pomfogena e l'emorragica. Le manifestazioni circolatorie che accompagnano i fenomeni allergici sono solo l'espressione dell'alterato biochimismo cellulare di un tessuto sensibilizzato in senso allergico.

Il m. di Werlhof si differenzia da quello di Schoenlein sopra tutto perchè le sue manifestazioni emorragiche non sono a gittata, ma continue e lente e perchè il fenomeno del laccio non si comporta ugualmente nelle due malattie e per questo alcuni parlarono di fenomeno da stasi nella trombopenia e di fenomeno di Rumpell-Leed negli altri casi. Nel m. di Werlhof la prova del laccio è di solito negativa, però coll'ischemia preventiva si ha, col fenomeno della sensibilizzazione, la positività della prova. Invece nella stessa malattia è difficile ottenere il fenomeno della refrattarizzazione contrariamente a quanto avviene nel m. di Schoenlein. Però c'è da notare che nel Werlhof la prova del laccio può subire variazioni che per Frugoni e Giugni indicano i miglioramenti e i peggioramenti della malattia.

In conclusione, la porpora ortostatica non può esssere considerata un'entità clinica a sè. Essa è una varietà della malattia di Schoenlein ed anche di quella di Werlhof ed è una sindrome di tipo allergico o parallergico in cui per la produzione di sostanze emoraggizzanti ha importanza la condizione di reazione del tessuto che le produce. L.

La diagnosi differenziale del tifo esantematico iniziale.

(IACOBI e DÖRSCHEL. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 5 giugno 1942).

La diagnosi del tifo esantematico, quando la malattia è in pieno sviluppo, non offre notevoli difficoltà. Ma nel periodo iniziale la fenomenologia clinica è analoga a quella che si ha nella stessa fase di molte altre infezioni acute e quindi può sorgere qualche confusione specie se non aiuta il criterio epidemiologico.

Il sospetto di trovarsi di fronte ad un caso di tifo esantematico deve venire ogni qualvolta si ha il seguente complesso sintomatico: inizio acuto con febbre che in 1-2 giorni raggiunge i 39°-40°, forte cefalea, dolore oculare, congiuntive iniettate, fauci arrossate, grave senso di malessere generale, notevole astenia. Il sospetto è avvalorato quando tale quadro morboso non è accompagnato da nessun reperto organico, specie da infiltrazione polmonare.

L'ulteriore sviluppo della sintomatologia in un gruppo di 108 casi seguiti per tutto il corso della malattia si è presentato molto caratteristico e abbastanza uniforme: la febbre è continua, oscillante tra 39° e 40° talvolta con remissioni, raramente con intermittenze (in un solo caso la curva termica assunse il tipo Kletter come nel tifo addominale); il polso fin dalla prima giornata diventa molle, raro; la tensione vasale è molto bassa, 95-105 mm. Hg. Tanto la bradicardia che l'ipotensione sono indipendenti dal grado della febbre e sembrano più accentuate quanto maggiori sono stati gli strapazzi sostenuti dai pazienti.

Nel 70 % dei casi l'esantema è preceduto da un enantema del palato molle analogo a quello del morbillo e talvolta consistente in un arrossamento diffuso delle fauci analogo a quello che si ha nell'influenza. In un caso si ebbe un preesantema costituito da un eritema diffuso.

L'iniezione congiuntivale più o meno accentuata si trovò nella fase iniziale nel 25 % dei casi nella fase iniziale, così come non è raro incontrarla nell'influenza.

Nel 25 % dei malati si ebbe un meningismo netto. Questo fatto deve consigliare a praticare sempre la puntura lombare, tenuto conto che la meningite epidemica suole avere gli stessi sintomi iniziali del dermotifo o anche complicarsi con il dermotifo.

Tale accertamento è indispensabile sopra tutto agli effetti curativi in considerazione dell'efficacia dei sulfamidici nella meningite cerebro-spinale.

La compartecipazione del cervello appare fin dal secondo o terzo giorno con una apatia profonda, e più di rado con irrequietezza motoria. Ma furono notati anche malati che al quarto giorno leggevano il giornale con interesse.

La lingua è sempre secca, screpolata.

Nell'80 % dei casi si ebbe bronchite, in nessun caso pulmonite lobare ed in due broncopulmoniti.

In tre quarti dei casi si manifestò la paresi vasomotoria nei primi tre giorni e in due casi subito dopo posta la diagnosi si ebbero fenomeni d'insufficienza miocardica.

La milza, quasi sempre molle, risultò ingrandita in tutti i casi alla percussione ed in tre quarti anche alla palpazione.

In un caso si ebbe grave vomito iniziale ed in cinque diarrea. Non si notò mai meteorismo.

La diazo-reazione fu spesso negativa fino al sesto giorno.

In tre casi fin dal principio si ebbe una nefrite grave.

L'esantema comparve dal terzo al settimo giorno, quasi sempre preceduto da una marmorizzazione della pelle. Constava di macchie azzurrognole pallide che non assunsero mai la forma di papule. Le sedi di predilezione furono gli inguini e poi le spalle, l'addome, le coscie e le braccia.

In tutti i casi esaminati il periodo iniziale fu tale da non rendere possibile una diagnosi immediata. In effetti in tale periodo il qua-

dro sintomatologico è tale da far pensare ad altre malattie, come l'influenza, la pulmonite, il tifo addominale, il morbillo, l'encefalite epidemica, la tossiemia da congelamento, la trichinosi, la meningite epidemica, la quintana, l'allergia.

La necessità della diagnosi differenziale si impone anche tenuto conto che il tifo esantematico può assumere forme atipiche, leggerissime senza esantema ed anche ambulatorie senza alcuna o scarsa manifestazione clinica.

La cefalea, l'arrossamento delle fauci, l'astenia, il tipo della febbre rendono possibile la confusione con l'influenza. Ma il più grave senso di prostrazione, l'aumento progressivo della leucocitosi devono senz'altro far sorgere il sospetto di dermotifo.

L'inizio improvviso, la tachipnea, l'arrossamento e l'edema della faccia, l'arrossamento delle congiuntive, l'herpes labialis rendono difficile la diagnosi differenziale con la pulmonite centrale. La situazione può essere chiarita dall'esame radiografico e dall'iperleucocitosi che nella pulmonite raggiunge rapidamente valori alti.

Per la differenziazione con il tifo addominale possono servire i seguenti criterii: inizio meno acuto, la temperatura tipo Kletter, nessun senso di grave malessere. Al quinto giorno la diagnosi di tifo addominale è assicurato dalla comparsa della caratteristica roseola, dalla reazione Gruber-Widal positiva e da quella Weil-Felix negativa.

La confusione con il morbillo è possibile in quanto l'esantema assume talvolta l'aspetto morbilliforme. Ma nel morbillo precedono i fenomeni catarrali e l'enantema del palato molle, l'esantema comincia alla faccia e si diffonde per tutto il corpo. La leucocitosi spiccata parla contro il morbillo.

Nel tifo esantematico possono, quantunque di rado, aversi precocemente fenomeni a tipo extrapiramidale sotto forma di fenomeni coreici, il che impone la diagnosi differenziale con l'encefalite epidemica.

Nella tossiemia da congelamento con gangrena umida si possono avere fenomeni generali analoghi a quelli del tifo esantematico: febbre continua con leggere remissioni, obnubilamento del sensorio, grave senso di malessere, focolai broncopneumonici. Ma l'esantema manca sempre e la reazione Weil-Felix è sempre negativa.

La trichinosi anche si inizia acutamente con forte congiuntivite. La diagnosi è chiarita dalla eosinofilia spiccata e dai dolori muscolari precosi.

La distinzione con la meningite epidemica si basa sul risultato dell'esame del liquido cefalo-rachidiano.

La quintana o febbre volinica può iniziarsi in modo analogo al tifo esantematico ed anche con roseola. Ma il senso di malessere è leggero, e al secondo e terzo giorno gli accessi febbrili sono a temperatura non elevata; d'altra parte più tardi compaiono i caratteristici dolori alle gambe.

Per quel che riguarda la possibilità con fenomeni allergici gli autori ricordano che in un infermiere con ipersensibilità allo iodio osservarono un quadro simile a quello del tifo esantematico iniziale: febbre alta, congiuntivite edematosa, bronchite. DR.

Infezione focale.

(S. GRÄFF, *Wiener Klinische Wochenschrift*, 25 settembre 1942).

Secondo l'A. si può riassumere la dottrina dell'infezione focale nelle seguenti proposizioni, ciascuna delle quali è essenziale.

1) Un grandissimo numero di stati morbosi o anche soltanto singoli fenomeni in un decorso recidivante o cronico sono prodotti e mantenuti da una infezione focale (focus).

2) I sintomi locali del focus non ci sono affatto o almeno passano assolutamente in seconda linea rispetto ai disturbi da essi determinati in organi lontani.

3) Questi disturbi non rappresentano le conseguenze di una metastasi che abbia colpito un determinato organo e che produrrebbe nei tessuti circostanti una reazione morfologica eguale a quella determinata dal focus primario, ma sono la conseguenza di una reazione morfologica mutata.

4) Sede del focus è per lo più il cavo orale (tonsille, anello di Waldeyer, denti), ma può stare in tutti i tessuti.

5) L'eliminazione del focus può portare alla guarigione degli stati morbosi detti nel paragrafo 1°.

La verità di queste proposizioni è confermata da alcuni casi che l'A. illustra; come però è dimostrato da un ultimo caso, non sempre disturbi riferiti ad un focus hanno questa origine. F. T.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

CHEVALLEY GIOVANNI. *I nuovi ospedali e le cliniche universitarie di Torino*, con 31 figure e 13 tavole fuori testo, pagg. 88. Editore ing. V. Giorgio, Torino, via Accademia Albertina 23, 1942, s. p.

A cura del Consorzio Costruzioni Nuovi Ospedali e Cliniche Universitarie di Torino, l'ing. Chevalley ha pubblicato, in elegante veste tipografica, un'ampia illustrazione tecnica che fa conoscere i dati e le caratteristiche del complesso ospedaliero di Torino, esso comprende ospedali e cliniche universitarie. I lavori durarono sei anni e il Consorzio, che ne ebbe la parte direttiva, durò da allora per dieci anni con un Consiglio Direttivo che si è sciolto (e questa pubblicazione si è fatta in occasione dello scioglimento).

In questo volumetto troveranno notizie interessanti quanti si occupano di costruzioni ospedaliere, quindi ingegneri, medici e direttori di ospedali. Ogni singola parte della costruzione di questo complesso ospedaliero e clinico veramente notevole e che porta la città di Torino ad uno dei primi posti in Italia per la modernità degli impianti è chiaramente e succintamente illustrata: la disposizione dei padiglioni, il numero dei letti, le gallerie di collegamento fra i padiglioni, i sistemi adottati nella costruzione delle singole parti, i reparti operatori, le aule di lezione, i laboratori, lo stabularium.

Una speciale accuratezza è stata messa nella descrizione della Centrale Termica, che fu concepita per una razionale utilizzazione autarchica dei nostri carboni regionali. Essa provvede a tutte le esigenze: riscaldamento stagionale, sterilizzazione, lavanderia, produzione di energia elettrica. Per il riscaldamento è stato adottato il termosifone; ma ci sono impianti per distribuzione del vapore, di acqua calda e fredda e impianti idraulico-sanitari. Un capitolo a sè è dedicato agli impianti frigoriferi e a quelli di ventilazione, uno agli impianti di cucina, uno a quelli di lavanderia, disinfezione e a forni di incenerimento. Negli impianti elettrici sono compresi oltre alle reti di distribuzione dell'energia elettrica per forza motrice, anche l'impianto distribuzione luce, quello delle segnalazioni acustiche e luminose e gli impianti di radiologia.

L'impianto telefonico del complesso ospedaliero comprende una centrale telefonica automatica equipaggiata per 230 numeri interni, che potranno essere portati a 300 e colla possibilità di funzionamento anche dell'apparecchio ricerca persone. Esiste anche un centralino intermediario che permette di comunicare colle linee urbane e precisamente 100 telefoni interni possono essere collegati con 10 linee urbane. Esistono inoltre orologi e contasecondi.

L'impianto ascensori è anch'esso quanto di più progredito si possa immaginare, perchè comprende i montamalati, i montacarrelli per vivande, gli elevatori di biancheria pulita, i discensori di stoviglie, i discensori per spazzature e biancheria sudicia, i montacarichi della cucina principale, quelli della lavanderia, i montaferetri dell'Istituto di Anatomia Patologica e i montacarichi per campioni.

Consigliamo la consultazione di questo volumetto a chi si accinge a costruire un ospedale o una clinica o a chi deve consigliare enti e tecnici per costruzioni del genere. L.

G. BAIARDI e A. GALEONE. *Diagnosi e terapia delle ipovitaminosi*. Edizioni Minerva Medica S. A. Torino. Prezzo L. 70.

Questo libro costituisce la messa a punto su tutte le nostre attuali cognizioni e relative questioni sulle malattie da carenze vitaminiche.

È un'opera di indirizzo eminentemente pratico che vuol mettere il medico in grado di riconoscere i quadri morbosi causati dalla deficienza di vitamine nell'alimentazione e suggerirgli i rispettivi espedienti curativi e preventivi.

Perciò la parte diagnostica e terapeutica prevale su quella dottrinale che è affrontata solo per dar conto dei varî disturbi e sintomi inerenti alle ipovitaminosi e per conferire un carattere razionale alla cura e alla profilassi.

Insieme alle sindromi ben definite e facilmente riconoscibili sono passate in rassegna i complessi a sintomatologia vaga e appena accennata con una chiarezza e una precisione tali da facilitare l'orientamento diagnostico anche per il medico meno sperimentato.

Il libro è utilissimo anche per gli studenti in quanto esplora compiutamente questo nuovo campo della patologia.

Numerose nitide figure, alcune delle quali policrome, illustrano il testo. Dr.

R. SCHNEIDER. *Psychischer Befund und psychiatrische Diagnose*. Editore Thieme, Lipsia. RM. 1,05.

Breve, succosa dissertazione sull'importanza dei singoli sintomi psichici per la diagnosi delle malattie mentali. DR.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA

Anemia a tipo pernicioso in un bambino di 9 mesi.

J. Dedichen (*Acta Medica Scandinavica*, fascicolo I, 30 giugno 1942) riferisce un caso di anemia a tipo pernicioso in un bambino che presentò i primi sintomi all'età di nove mesi e che è stato successivamente seguito fino all'età di tre anni. In questo periodo di tempo egli ha sofferto quattro volte, e sempre in occasione di una malattia infettiva intercorrente, di una notevole anemia di tipo leggermente ipercromico, che si è dimostrata sempre refrattaria a cure di ferro mentre invece si è ogni volta prontamente modificata favorevolmente con la somministrazione di un estratto epatico. L'esame del puntato del midollo osseo mostrò, nelle due volte che fu praticato, un midollo megaloblastico tipico che, dopo la terapia con estratto epatico, si mutò in midollo normoblastico. Il bambino soffriva di achilia, ma non aveva steatorrea; lo sviluppo corporeo fu normale. Nelle urine presentò persistentemente albuminuria senza iperazotemia.

Dopo una rapida rassegna delle diverse forme di anemia della prima infanzia, l'A. discute la diagnosi da porre nel caso in esame; non sentendosi autorizzato a formulare la diagnosi di anemia perniciosa a causa della tenera età del paziente, egli si era fermato a quella di anemia a tipo pernicioso, ma una nuova riacutizzazione della sindrome anemica, questa volta senza la coincidenza di una malattia infettiva, lo ha convinto a diagnosticare una anemia perniciosa vera e propria.

F. T.

Sulla granulomatosi maligna addominale con sindrome emolitico-anemica.

Ne descrive un caso A. CICCONARDI, (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 21 giugno 1942). Si trattava di un autista 28enne, reduce dall'A.O.I., il quale aveva febbre con epatosplenomegalia notevole, urobilinuria e ipercolia fecale, anemia e ittero a tipo emolitico, che non ebbe nessun giovamento dalla terapia epatica e arsenicale. All'autopsia fu trovato un granuloma maligno delle linfoghiandole retroperitoneali e della milza.

Il caso presentava delle difficoltà diagnostiche dovute sopra tutto alla presenza di febbre quotidiana, all'assenza di linfoghiandole superficiali rilevabili e all'assenza del prurito. Da notare in questo caso la notevole partecipazione del fegato, che pesava Kg. 5.400 e presentava all'esame istologico amiloidosi senza infiltrazioni granulomatose, il che costituisce un reperto eccezionale.

Discutendo il caso l'A. parla diffusamente delle anemie emolitiche. Esse possono essere raggruppate in tre forme: 1) quelle con reperto ematologico anemico-pernicioso (m. di Biermer e forme sintomatologiche dell'anemia perniciosa) in cui l'anemia emolitica sorge per l'errata o mancata cooperazione del principio antipernicioso alla ematopoiesi nelle stazioni eritropoietiche; 2) l'anemia emolitica costituzionale, quindi ittero emolitico della razza bianca e anemia a cellule falciformi della razza nera, in cui si ha blocco midollare, ma messa in circolo di forte quantità di eritrociti con reticolocitosi intensa; 3) forme che furono chiamate di « ittero emolitico acquisito », distinte dal susseguirsi di influenze tossiche esogene e endogene sull'organismo. Il caso dell'A. non rientra in nessuna delle forme di anemia emolitica; è quindi classificabile solo come una forma emolitica-anemica del granuloma maligno.

Nel granuloma maligno o morbo di Hodkin è accettata unanimemente la scarsa partecipazione della serie rossa e l'anemia granulomatosa viene inquadrata nel gruppo delle anemie aplastiche secondarie. Per Fieschi e Bettani, che hanno trovato sette casi di linfogranuloma con aumento dell'emocateresi, l'anemia del granuloma maligno è di natura molto complessa, dovuta in parte ad un fattore tossico e in parte a un fattore mielosico carenziale e inibitorio.

La forma emolitico-anemica splenomegalica del granuloma maligno è stata isolata recentemente. E' caratterizzata da febbre intermittente, ittero a tipo emolitico, fegato e milza aumentati di volume, valore globulare costantemente superiore all'unità, resistenza globulare normale o diminuita, assenza di leucociti plurisegmentati caratteristici dell'anemia di Biermer. Nei casi in cui fu eseguita una splenectomia si ebbe una modificazione del quadro ematologico, nel senso che l'anemia da ipercromica divenne ipocromica e da emolitica divenne anemolitica.

La coesistenza di m. di Hodkin con un'anemia che ha i caratteri delle anemie spleniche si può spiegare soltanto colle concezioni recenti sulla importanza del sistema reticolo-endoteliale nell'emolisi. Questo sistema è fortemente alterato nel m. di Hodkin, in cui c'è un'iperplasia reticoloendoteliale più o meno diffusa. Essa può essere interpretata come un ipersplenismo con aumentata eritrolisi. Quindi la forma anemico-emolitica del granuloma maligno si deve inquadrare nel granuloma addominale a prevalenza splenica, in cui appunto si riscontra da un lato la leucopenia e dall'altro l'anemia ipercromica con segni di aumentata emocateresi.

L.

TERAPIA

Sui preparati organici sintetici del fosforo.

Un lavoro postumo del prof. Pio Marfori, tratta dei preparati organici sintetici del fosforo (*L'Attualità Medica*, luglio-settembre 1942).

Dopo aver ricordato l'importanza biologica di questo elemento, le principali funzioni che esso esplica nel ricambio organico e le sue proprietà farmacologiche, l'insigne farmacologo si occupa *ex-professo* dei preparati organici sintetici dei quali illustra il dimetilaminometilfosfinito acido di sodio o tonofosfan, il tetrafosfan che è una miscela del precedente e di formiato di tetrametilammonio, ed un preparato nazionale di recente studiato detto perfosfor che è 3-3'-dimetil-1-1'-dibenzil-fosfinito di sodio, prodotto nella cui molecola sono stati introdotti due radicali arilici invece di uno ed è stato scelto il radicale metametilbenzilico che è poco tossico e che nel suo matabolismo non dà luogo a prodotti tossici; infine vi è un composto acido costituito da una miscela di esteri mono e dietilfosforici, la fosdina. Si tratta sempre di preparati ad azione terapeutica energica, di facile assorbimento, ben tollerati e privi di azioni secondarie, i quali influenzano particolarmente la funzione dei muscoli e perciò sono indicati nelle alterazioni del sistema muscolare tanto volontario che involontario (cuore), nella facile esauribilità muscolare ed anche come mezzo per ritardare le manifestazioni della fatica negli sportivi. Questi preparati trovano utile applicazione in tutte le forme morbose nelle quali è consigliabile la terapia fosforica: malattie dello scheletro, fratture, artrite deformante, ecc., sindromi varie di deperimento ed esaurimento organico e di astenia e simili; essi esplicano altresì azione ricostituente dovuta all'attivazione del ricambio e alla leggera eccitazione del sistema nervoso e muscolare, la quale richiede che in soggetti particolarmente sensibili si inizi la cura con piccole dosi, salvo ad aumentarle secondo la tolleranza individuale.

Secondo l'A. i prodotti organici sintetici del fosforo rappresentano un notevole progresso nel campo della terapia fosforica. F. J.

Le applicazioni terapeutiche del fosforo.

Una interessante e aggiornata rivista sintetica sulle applicazioni terapeutiche del fosforo viene pubblicata da F. Fidanza (*L'Attualità Medica*, luglio-settembre 1942).

La più antica applicazione del fosforo è quella che ne utilizza l'azione stimolante sulla formazione del tessuto osseo nelle malattie e lesioni dello scheletro, ma l'uso del fosforo elementare in soluzioni di olî non è scevro di pericoli, per la sua alta tossicità. Oggi le conoscenze sull' attività biologica del fosforo, sulla sua partecipazione alla funzione dei muscoli, al ricambio materiale in genere, alla respirazione dei tessuti, all'assorbimento dei grassi e degli idrati di carbonio (processi di fosforilazione), hanno notevolmente allargato il campo delle applicazioni terapeutiche del metalloide. Si possono infatti ricordare quelle basate sull'azione ricostituente generale e nervina nella nevrastenia e nelle diverse forme di atonia e depressione nervosa, negli esaurimenti, nelle mieliti e nevriti, nella tabe, nell'impotenza, nell'incontinenza di orina, ecc.; anche le anemie, le convalescenze, le atrofie e distrofie infantili, la stessa tubercolosi, si giovano delle cure fosforiche. Nelle infezioni e nelle intossicazioni ci si vale della proprietà delle lecitine (composti organici del fosforo) di provocare una forte leucocitosi esaltando i poteri antibatterici e antitossici dell'organismo. Anche nell'ipertiroidismo sono stati osservati buoni resultati dall'uso di preparati fosforici.

Di speciale interesse teorico e pratico sono le esperienze di R. M. Barone, secondo le quali il tonofosfan e il perfosfor, preparati organici di fosforo, fanno aumentare l'altezza delle contrazioni e la capacità di lavoro dei muscoli scheletrici, e quelle di G. Del Guerra che, somministrando il tonofosfan ad atleti sottoposti a prove di corsa, constatò un risparmio del fosforo contenuto nel tessuto muscolare (dedotto dall'esame della fosfemia e della fosfaturia) e un ritardo nella comparsa dei fenomeni della fatica.

Pertanto i preparati organici del fosforo — atossici e facilmente assimilabili — oltre a soddisfare le ben note indicazioni della terapia fosforica del sistema osseo, di quello nervoso e del ricambio generale, sono particolarmente indicati come attivatori dei muscoli volontari e, per tale proprietà, possono trovare applicazione non solo nel campo clinico, ma anche in quello della medicina sportiva. F. J.

MEDICINA SCIENTIFICA

La patogenesi vascolare dell'epilessia.

Numerosissimi sono gli autori che hanno attribuito l'attacco epilettico all'ischemia corticale. Nel 1861 Reynolds descriveva l'epilessia da enemia e Hill provocava su se stesso convulsioni colla sola compressione carotidea.

Tre sono le condizioni in cui si può avere convulsioni per ischemia: l'ischemia per abbondante perdita di sangue (emorragia), l'ischemia della malattia di Adam-Stokes e da riflesso oculo-cardiaco e l'ischemia da ipotensione.

Se l'ischemia può provocare convulsioni, non è detto che ogni volta che c'è ischemia ci debbano essere necessariamente convulsioni. Comunque nell'attacco epilettico si ha spasmo dei vasi retinici e dei vasi cerebrali secondo constatazioni fatte in un intervento durante il quale comparve un attacco epilettico. La tesi dell'ischemia è stata confermata da lavori sperimentali di Asuad, che esaminò l'attacco epilettico provocato da iniezione endovenosa di cardiazol.

Invece Riser, Géraud, Ruffiel e Lavitry (*Presse Médic.*, 6 gennaio 1942) ritengono che l'i-

schemia durante l'attacco epilettico non sia un fenomeno costante. Inoltre Bibbs e Lennox, utilizzando la tecnica di Peyrson (ago termoelettrico introdotto nella giugulare interna alla base del cranio), hanno potuto misurare il deflusso del sangue dal cervello e hanno trovato che esso non diminuisce durante l'attacco epilettico, come dovrebbe fare se ci fosse ischemia.

Essi hanno osservato colla visione diretta il comportamento dei vasi cerebrali durante l'attacco epilettico spontaneo. Durante l'attacco spontaneo i capillari sono poco modificati con tendenza alla vasodilatazione nel primo periodo della narcosi, mentre alla fine dell'attacco epilettico non appaiono modificati. Le arterie voluminose non si modificano e le arteriole si dilatano leggermente. Nelle crisi cardiazoliche non si sono osservate modificazioni di calibro delle arterie cerebrali. Siccome i vasi osservati erano solo quelli superficiali, si può pensare che i vasi profondi possano essersi modificati. Ma la registrazione del volume cerebrale permette di escluderlo.

Quindi, secondo gli AA., la patogenesi ischemica dell'epilessia non ha una base obbiettiva sicura. L.

VARIA

Il dottor Guillotin.

Una strana vicenda ha legato il nome di un uomo mite, di un medico filantropo ed uno strumento di supplizio.

Giuseppe Ignazio Guillotin, nato a Saintes nel 1738, era un medico pratico a Parigi ed insegnante di anatomia alla Facoltà quando scoppiò la rivoluzione.

Egli si era già fatto notare per le sue iniziative umanitarie e per la sua competenza scientifica. Aveva determinato il Governo a intraprendere la bonifica delle paludi di Poiton e di Saintoge, fu membro della commissione incaricata di far luce su i sortilegi, la bacchetta magica e i miracoli di Mesmer. Nel 1788 sostenne il raddoppiamento del terzo stato e l'anno seguente fu perciò dal popolo eletto deputato. Come tale appartenne al gruppo dei più moderati, e non sarebbe passato alla storia se non avesse domandato l'uguaglianza di tutti i cittadini davanti al carnefice, ossia un genere di esecuzione unica per tutti da eseguirsi con un meccanismo semplice e tale da non arrecare alcun dolore. L'assemblea adottò il principio della decapitazione, che non ebbe subito applicazione ma solo qualche anno più tardi.

Nel 1792 la Convenzione su iniziativa del deputato Lappelletier riprese la discussione sull'argomento e decise di adottare lo strumento di cui si doveva fare uso.

Il nuovo strumento fu presentato alla Convenzione dal dottor Antonio Louis, segretario del collegio dei chirurgi di Parigi, il quale ne aveva ideato il disegno e commessa la fabbricazione ad un meccanico tedesco, certo Schmitt.

Esso fu sperimentato parecchie volte su cadaveri, ed adoperato per la prima volta il 25 aprile 1792 per l'esecuzione di un brigante.

In realtà non si trattava di un meccanismo nuovo, ma del perfezionamento di una macchina già adoperata in Italia nel secolo XVI e successivamente anche in Inghilterra.

Nel gergo popolare fu dapprima chiamata « Luisette » o « Petit Luison » con allusione al dottor Louis che aveva presentato lo strumento alla Convenzione, ma ben presto fu generalmente designata « Guillotine » dal nome di colui che aveva per primo sostenuto che l'esecuzione capitale dovesse essere uguale per tutti e senta dolore.

Guillotin protestò per questa denominazione e reiterò le sue proteste in seguito alle stragi fatte durante il terrore con la macchina che egli non aveva inventato. Fu perciò imprigionato. Rilaciato nel Termidoro prese parte attiva alla costituzione dell'Accademia di Medicina, là riprese la sua attività di scienziato. Ma malgrado le sue richieste il nome del medico filantropo rimase indissolubilmente legato all'arnese da boia.

Egli sopravvisse sdegnato alla rivoluzione e morì nel 1814. DR.

Le famiglie numerose.

Dalla relazione fatta al Duce dal Presidente del Comitato nazionale dell'Unione fascista famiglie numerose si rileva che al 31 dicembre 1940-XIX esistevano 4903 nuclei comunali costituiti di 590-408 soci di diritto con un totale di 4.583,038 figli e con un numero complessivo di componenti le famiglie numerose pari a 5.618.344.

Dalla relazione emergono anche i risultati della prima applicazione della legge 29 giugno 1940, n. 377, recante agevolazioni varie a tutela delle famiglie numerose, con particolare riguardo a quelle rurali. Essi si riassumono nelle seguenti cifre: importo complessivo dei mutui richiesti L. 28.117.450. di cui L. 16 milioni 899.750 destinate ad acquisto di fondi, e L. 11.217.700 per l'esecuzione di opere di miglioramento.

Le somme destinate a miglioramento delle abitazioni nei confronti delle somme destinate ad acquisto stanno in rapporto del 68 per cento circa, il che fornisce un indice rassicurante sull'efficacia propulsiva del provvedimento anche agli effetti dell'efficienza produttiva della nostra agricoltura. Importi dei mutui concessi ed in corso di concessione: lire 8.101.250; di cui lire 5.041.70 destinate ad acquisti e lire 3.059.500 destinate ad opere di miglioramento.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento corporativo.

Censimento e chiamata di controllo dei medici.

In applicazione degli articoli 1 e 20 del Testo Unico delle leggi sulla disciplina dei cittadini in tempo di guerra approvato con R. D. 31 ottobre 1942-XXI, n. 1611 e 32 del regolamento per la sua esecuzione, approvato con R. D. 31 ottobre 1942-XXI n. 1612, il Centro Nazionale del servizio del lavoro ha ordinato che i dipendenti Centri federali del servizio del lavoro dispongano il censimento di tutti i medici, uomini e donne, ed una chiamata di controllo dei medici di sesso maschile nati negli anni 1914-15-16.

Per il censimento, i medici saranno invitati a mezzo di avvisi personali e si presenteranno, se residenti nel capoluogo della provincia, al Centro federale del servizio del lavoro, e se residenti in altri comuni, ai rispettivi Centri di reclutamento del servizio del lavoro, costituiti presso ogni Fascio di combattimento.

I medici si presenteranno ai predetti Centri muniti di documenti di identificazione, e dovranno redigere una dichiarazione corredandola di tutti i dati che saranno richiesti.

La chiamata di controllo dei medici nati negli anni 1914-15-16 sarà invece effettuata a mezzo di manifesto, ed i medici si presenteranno con le modalità sopra indicate per il censimento.

Si rammenta che quelli i quali non si presenteranno senza giusto motivo, ai Centri del servizio del lavoro, saranno denunciati all'autorità giudiziaria e puniti ai sensi dell'articolo 23 del citato Testo Unico, che commina l'ammenda sino a lire 300.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Nel nuovo Direttorio del P.N.F. e tra gli Ispettori di recente nomina figurano due medici: il dott. Franco Bogazzi, segretario federale di Genova, squadrista Marcia su Roma, decorato di tre medaglie d'argento e di due croci per merito di guerra al V. M., e il dott. Franz Pagliani, segretario federale di Modena e segretario del Sindacato medico di Bologna, squadrista, marcia su Roma, decorato di una medaglia di bronzo al V. M.

Il prof. Giovanni De Toni, ordinario di clinica pediatrica a Modena è stato trasferito a Genova, in riconoscimento dei suoi meriti scientifici e clinici.

Sono nominati straordinari di clinica pediatrica i proff. Alessandro Laurisinch a Siena e Guido Guassardo a Parma.

Il prof. Alessandro Rossi è nominato straordinario di chimica biologica alla Facoltà di scienze di Pavia.

Nel medico si deve condannare la negligenza non l'ignoranza.
GUIDO BACCELLI.

NOTIZIE DIVERSE

Raduno otorinolaringoiatrico.

Si è svolto a Padova, il 25 gennaio, nell'aula di clinica medica all'ospedale civile, il primo raduno otorinolaringoiatrico dell'Alta Italia, con l'intervento di numerosi professori delle varie città dell'Italia settentrionale e centrale. Al convegno, che è stato presieduto dal prof. Torrigiani, di Firenze, hanno parlato, tra gli altri, il prof. Caliceti di Bologna, che ha espresso il suo compiacimento per la costituzione del gruppo otorinolaringoiatrico dell'Alta Italia, e il prof. Arslan, direttore della clinica otorinolaringoiatrica di Padova, che ha svolto la relazione ufficiale sul tema: « Criteri per uniformare i metodi di esame dell'apparato vestibolare ». È seguito un cortometraggio, realizzato dal Cine Guf di Padova, sulla tecnica usata nella clinica otorinolaringoiatrica locale per tali esami. Infine ha avuto luogo la discussione e sono seguite le comunicazioni.

Prolusione.

Il 4 febbraio ha avuto luogo la prolusione al corso ufficiale di patologia medica, tenuta nella R. Università di Ferrara dal prof. Dogliotti, nuovo titolare dell'Istituto, di recente fondazione.

La cerimonia ha assunto carattere di solennità per la presenza di tutta la scuola donde il Dogliotti esce, con a capo il prof. Bastai, clinico medico di Padova e l'intervento dei membri della locale Accademia delle Scienze. La prolusione aveva per titolo: « Il substrato malarico quale fattore morbigeno ». In essa è stata trasfusa l'esperienza e sono riflesse le ricerche che l'O. ha potuto adunare nel suo soggiorno a Cagliari, quale direttore dell'Istituto di patologia medica.

Notevole punto è stato quello riguardante la malaria come fattore cirrogeno: l'O. ha cercato di mettere d'accordo le vedute al riguardo, un po' difformi, della scuola romana e di quella napoletana. La prolusione ha destato interesse anche per l'importanza data alle scoperte di Giulio Raffaele sulla fase istiocitaria del parassita malarico.

Conferenze.

Nell'aula magna dell'Istituto superiore di sanità, affollatissima del migliore pubblico medico della Capitale, il prof. Felix Kurt direttore dell'Istituto di fisiologia dell'Università di Francoforte sul Meno, ha svolto il tema: « Novità nella fisiologia e nella chimica delle sostanze albuminoidi ». Ha messo in rilievo il valore plastico dei protidi, le modificazioni che essi subiscono nella digestione, lo sfruttamento della loro carica energetica.

Il 9 febbraio, a Firenze, nel salone della « Leonardo » gremitissimo di pubblico, presenti l'Ecc. il Prefetto, il Federale, le Eccellenze Generale Caracciolo, Marziali, Serpieri, Rettore della R. Università ed esponenti dell'alta cultura, Alfredo Cucco ha parlato su « Guerra e Biologia » sostenendo come l'odierno conflitto « esistenziale », nelle premesse e nell'epilogo, sia legato ad irrevocabili leggi biologiche.

Dopo una interessante originale ricognizione, attraverso il prisma biodemografico, per i paesi in linea di combattimento, ha esaltato le qualità razziali di resistenza e di superamento che porteranno ineluttabilmente alla Vittoria i popoli sani e fecondi del Tripartito.

Opere assistenziali.

Il Duce ha ricevuto il dott. Azzolini, governatore della Banca d'Italia, il quale, nella sua qualità anche di presidente del Consorzio per sovvenzioni su valori industriali e del Consorzio di credito per le opere pubbliche, gli ha consegnato la somma di sei milioni di lire, messa da detti Istituti a disposizione per opere assistenziali. Di tale somma il Duce si è compiaciuto destinare: un milione per la creazione, in Roma, di un Istituto per l'assistenza e la cura dei fanciulli gracili predisposti alla tubercolosi, un milione all'ospedale di Pammatone a Genova, 500 mila lire all'ospedale San Giovanni Battista a Torino, 500 mila lire all'ospedale mauriziano Umberto I a Torino, un milione all'ospedale di Loreto a Napoli, un milione all'orfanotrofio maschile di via Pitteri a Milano, un milione all'Istituto di Santa Chiara a Palermo.

Gli ospedali e istituti di cui sopra, come è noto, furono gravemente danneggiati nelle recenti incursioni sulle città di Genova, Torino, Napoli, Milano e Palermo.

Un po' dovunque.

A Napoli il 9 febbraio la Sovrana ha visitato, nei vari ospedali, i feriti dall'incursione nemica di due giorni prima e il Principe di Napoli ha ispezionato vari ricoveri antiaerei.

A Torino il Principe di Napoli ha visitato i luoghi danneggiati e i feriti dall'incursione aerea.

Al fronte russo si è costituito da tempo un Ufficio di Propaganda del Centro Ospedaliero Italiano, presso l'Ospedale di Riserva n. 8, Posta Militare n. 128; esso accoglie e distribuisce pubblicazioni mediche dell'Italia e dei Paesi alleati; è diretto dal capitano med. prof. Bruno Brunelli.

Fra le attività della Gioventù Italiana del Littorio femminile in questo periodo di guerra, particolare rilievo ha assunto l'opera assistenziale svolta dalle organizzate in collaborazione con l'opera nazionale per la maternità e l'infanzia. Complessivamente, 14.224 giovani italiane, 13.335. giovani fasciste e 6340 dirigenti hanno prestato servizio presso le seguenti istituzioni dell'O.N.M.I.: 100 case della madre e del fanciullo; 256 asili nido; 1956 consultori pediatrici; 500 refettori materni e 200 istituzioni varie.

Nella Clinica ostetrico-ginecologica dell'Università di Roma si è organizzato il secondo corso di aggiornamento per ostetriche, istituito dall'O.N.M.I. d'intesa con la Direzione generale della Sanità pubblica. L'Ecc. prof. Petragnani ha tenuto la prima lezione, illustrando i compiti delle ostetriche quali collaboratrici ai servizi sanitari-assistenziali dell'O.N.M.I.

È stato inaugurato a Lurisia (Cuneo), alla presenza del Prefetto e di altre autorità della provincia, un emanatorio costruito dall'ing. Camposampiero con la collaborazione medica del prof. Cignolini. Detto emanatorio ha la capacità di fornire ad ogni malato aria condizionata con alto tasso di radioattività in inalazioni individuali.

La Società medica berlinese ha tenuto tre adunanze, il 13 e il 17 gennaio e il 10 febbraio, nelle quali fu discusso il tema: « I sulfonamidi »; relatori: Domagk Heubner, Hegler, R. Hengel, Nordmann, R. Krueger, Umber ecc.

Il dott. G. B. Sessa, morto a Milano, ha istituito erede universale l'Ospedale Maggiore di questa città. Il patrimonio, al netto dai legati, si presume di oltre cinque milioni di lire.

Un gruppo di medici e di tecnici americani si occupa di un progetto di costruzione di un gigantesco « palazzo climatico » da erigersi a Nuova York. In esso dovrebbero trovar luogo reparti provvisti delle più differenti condizioni climatiche: di alta montagna, di mare, di collina, di regioni tropicali ecc. In altri reparti verrebbero riprodotte le più famose acque minerali del mondo sia per bagni che per cure interne. Il preventivo ammonterebbe a 6 milioni di dollari; se l'impresa riuscirà, saranno fondate delle filiali anche in altre città dell'America.

Il Führer della professione medica del Reich dott. Conti, all'inizio del 4° anno di guerra, ha inviato un appello ai sanitari perchè concorrano efficacemente alla vittoria.

L'Ufficio estero dell'Associazione dei docenti delle Università e delle Scuole superiori germaniche ha organizzato una serie di conferenza mensili sul tema: « Il medico nella politica sociale tedesca ». La prima conferenza si è tenuta il 25 gennaio. Sede sociale: Robert-Koch-Platz 7, Berlin NW 7.

La signora Angelina Colombo di Santa Maria di Ravagnate (Como) ha dato alla luce quattro bambini; era già madre di sei bambini.

La signora Margaret Swanson di Michigan (America), di 34 anni, ha dato alla luce tre bambine e un maschietto, in ottima salute. La Swanson normalmente pesa appena 44 chili. È al primo parto.

In Francia una legge in data 16-23 dicembre 1941 istituisce il certificato medico prenunziale, nel senso che ciascuno dei due futuri coniugi deve presentare, all'ufficio dello stato civile, un certificato di data non anteriore ad un mese, attestante semplicemente di essere stato sottoposto ad esame medico dal punto di vista del matrimonio.

Il prof. Castaigne ha lasciato la direzione della Scuola medica di Clermont-Ferrand, perchè raggiunto dai limiti di età. In tale occasione un cordiale omaggio è stato reso all'insigne clinico medico; alla cerimonia è intervenuto il ministro dell'igiene e della sanità pubblica, dott. Grasset, che ha pronunziato un discorso.

Nella Francia occupata si è disciplinata la vendita dei medicinali aventi per tipo la dolantina, la benzedrina e la pervitina, che potranno rilasciarsi al pubblico solo su prescrizione medica valevole per due sole volte.

In Francia si è istituito il controllo medico di tutte le attività sportive.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Deut. med. Woch., 25 sett. — HOFF. Trattam. del reumatismo articolare.

Forze San., 31 ag. — S. MANCINI. Edema da carenza.

Presse Méd., 15-18 ott. — G. MOURIQUAND. Paravitaminosi e vitaminoterapia.

Wien. Klin. Woch., 9 ott. — A. I. AMREICH. Il carcinoma nella donna. — P. AURESPERG. L'emicrania.

Münch. Med. Woch., 2 ott. — V. AALKJAER. Acidosi nefrogena.

Arch. di Pat. e Cl. Med., apr. — A. CELLINA e A. BRONZINI. Osteopatia ipertiroidea.

Giorn. di Cl. Med., 20 sett. — U. SPOSITO. Ematomi della milza. — S. GUNELLA e F. ROBUSCHI. Bronchiettasie.

Peditria, sett. — F. VECCHIO. Acido pantotenico e glutationemia.

Acta Med. Scand., IV-VI. — F. L. J. JORDAN. Ricerche cliniche sul complemento. — H. RANNUSSEN e M. FOSS. Ecg. nelle emorragie g.-int. acute. — E. MANNHEIMER. Ritmo di galoppo. — V. MORTENEN. Diagnosi elettrocardiografica.

Speriment., IV. — E. MUNTONI. Rapporto acido deidroascorbico: acido ascorbico negli operati.

Rif. Med., 19 sett. — L. CHIANCA. Lipasemia.

Deut. Med. Woch., 9 ott. — SCHULTZE. Trattam. della sterilità femminile.

Forze San., 15 sett. — F. GUERCIO. Terapia stilbenica. — G. BAGGIO e al. Terapia dell'attacco appendicolare acuto.

Pathol., ag. — A. FASANOTTI. Cisti da ech. a sede tiroidea.

Klin. Woch., 17 ott. — F. JUNG. Patologia delle emazie. — P. GÖMÖRIR e E. SÁRMAI. Alterazioni dello scheletro facc. nella distrofia miotonica.

Dut. Med. Woch., 16 ott. — KIKUTH. Clin. e ter. della malaria.

Wien. Klin. Woch., 16 ott. — J. RONBICEK e J. VIKLIKY. Meningite linfocita benigna.

Arch. Roum. de Path. exp. ecc. gen.-apr. — AL. POP e altri. Brucellosi. — I. MISROBEANU. Siero anti-linfogranulomatosi. — I. BALTEANU e al. Vaccinaz. antitbc.

Med. Españ., sett. — R. URIOSTE. Esclus. della paternità mediante i gruppi sang.

Presse Méd., 17 ott. — R. LERICHE. Dilataz. non aneurismatica delle arterie. — G. MOURIQUAND e J. COISNARD. Attività muscolare e regimi normali e carenzati.

Giorn. di Cl. Med., 10 ott. — A. LENAZ e C. GALZIGNA. Shock istaminico e shock anafilattico. — L. GIPPERICK. Fegato cardiaco.

Klin. Woch., 24 ott. — G. MELY. Reaz. di Weil-Felix nel tifo esant. e trattam. di questo con siero di convalesc. — F. HILDEBRANDT. Emorragia cerebr. nell'elettrourto.

Acc. Med., giu. — G. DE MARCHI. Pseudo-angina diaframmatica.

Rev. Méd. Españ., 15 sett. — C. JIMÉNEZ DÍAZ e al. Stati di denutrizione. — F. DE CASTRO e al. Distrofia musc.

Rif. Med., 3 ott. — A. MORELLI. Ac. pantotenico e anemia pern.

Acta Med. Scand., I (2 ott.). — J. DIDECHEN. Anemia a tipo pern. in bambino di 9 mesi. — E. ASK-UPMARK. Coarctatio aortae. — R. BRENNING. Funzione vasodilatatoria. — K. LUNDBAEK. Tiroidite cronica, ecc.

Arch. per le Sc. Med., ott. — L. DAPRÀ. La ptosi gastr.

Rev. Méd. Suisse Rom., 25 ott. — C.-A. PETTAVEL. Scottature e loro trattam. — O. A. M. WYSS. Attività elettrica delle cellule nervose.

Indice alfabetico per materie

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME L — Roma, 1° Marzo 1943 - XXI — Num. 9

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER L'ANNO 1943

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 100	L. 145	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica)	L. 155	L. 210
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile)	L. 70	L. 80	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 155	L. 210
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 70	L. 80	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chir.)	L. 200	L. 275

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 7; della PRATICA L. 5.

I numeri, che vengono tutti scrupolosamente spediti, se non reclamati entro un mese dalla loro pubblicazione, si rinviano soltanto a pagamento

L'importo dell'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato, *senza tassa*, nel Conto Corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. 5.

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE

ISTITUTO DI SEMEIOTICA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. ANGELO SIGNORELLI

Sulle varianti cliniche di una sindrome diencefalo-ipofisaria.

Dott. GERMANO RICCI

Da quando, per ragioni di ordine anatomico, fisiologico e clinico, è stato dimostrato che i centri vegetativi ipotalamici svolgono attività regolatrici sull'ipofisi, mentre questa ghiandola, attraverso le sue molteplici funzioni, può influenzare in vario modo i centri diencefalici (neurocrinia ipofisaria) e da quando è stato osservato che in molte condizioni morbose non è possibile separare nettamente ciò che è dovuto all'ipofisi da quello che si deve riferire ai centri vegetativi ipotalamici, la maggior parte degli autori è stata indotta a riunire sotto la denominazione di « sindromi diencefalo-ipofisarie » manifestazioni cliniche complesse variamente rappresentate, pur senza rinunciare ad una loro possibile discriminazione.

Nè d'altra parte si deve dimenticare che il diencefalo, attraverso molteplici vie nervose, pur senza rappresentare una condizione necessaria dell'attività ormonica, svolge importanti funzioni coordinatrici su tutto il sistema endocrino armonicamente correlato (Pende).

Così si comprende come le varie manifestazioni patologiche diencefalo-ipofisarie, anche se apparentemente legate ad un'alterazione funzionale limitata di tale complesso neuroendocrino, possano, per le ripercussioni su altre sezioni dello stesso sistema, apparire in vario modo associate e presentare dei quadri morbosi del tutto differenti non solo in rapporto alla sede delle lesioni ma anche alla varia partecipazione dei centri vicini e lontani.

E da ciò si comprende anche come non sia possibile alcune volte nella pratica clinica risalire dalle varie manifestazioni morbose al punto d'origine della deviazione patologica, quando poi è tutt'altro che sicura la sede di alcuni centri principali vegetativi diencefalici

e non sempre chiara l'attività funzionale dell'ipofisi.

Da tale complesso anatomico e funzionale, nervoso ed ormonico, è stato possibile tuttavia separare sindromi ben definite, che, pur non essendo ancora del tutto chiare dal lato etiopatogenetico, presentano una precisa individualità clinica. Fra queste si possono ricordare, per esempio, la sindrome adiposo-genitale di Fröhlich, il morbo di Simmonds ed il diabete insipido, quadri morbosi considerati oggi come l'espressione di una rottura dell'equilibrio neuro-ormonico diencefalo-ipofisario, qualunque sia la causa che li produca.

Anche per alcune forme di adiposità, se da un punto di vista etiopatogenetico è possibile distinguere le forme diencefaliche da quelle ipofisarie, nella pratica clinica non si hanno elementi per giungere a tale separazione onde vengono comunemente chiamate « adiposità diencefalo-ipofisarie » (Galdi).

Ricordiamo solo di sfuggita l'importanza che ha la regione diencefalica nel ricambio idro-salino, dei grassi, degli idrati di carbonio, sulle funzioni genitali, sulla regolazione della temperatura del corpo, sul sonno, sulla psiche, sulla crasi sanguigna, sul sistema circolatorio, ecc., e non è possibile nemmeno soffermarsi sulle molteplici funzioni dell'ipofisi, di cui ormai le innumerevoli attività sugli organi vicini e lontani hanno avuto larga documentazione clinica e sperimentale.

Fra i fattori che possono entrare in gioco nel determinismo di manifestazioni morbose diencefalo-ipofisarie sono da annoverarsi i traumatismi cranici. È ben riconosciuto che l'insorgenza di tali disturbi può essere immediata, ma può anche verificarsi a distanza dal trauma e molteplici sono le modalità con cui i quadri morbosi s'instaurano. Sono stati consegnati alla letteratura numerosi casi di distrofia adiposo-genitale di Fröhlich (Pozzi, ecc.), acromegalia, poliuria insipida cachessia ipofisaria (Jandolo, ecc.), sindromi diencefalo-ipofisarie (Jandolo, ecc.), disturbi di alcune particolari funzioni diencefaliche ed anche tipici quadri di morbo di Cushing (Schilling, Introna) dipendenti da traumi.

In considerazione appunto della molteplicità dei fattori, endogeni ed esogeni, che variamente influiscono sul sistema diencefalo-ipofisario nel provocare direttamente o indirettamente l'insorgenza di quadri morbosi, talora i più disparati, la conoscenza dei quali d'altra parte permette di meglio chiarire la responsabilità dei vari elementi etiopatogenetici di una determinata sindrome morbosa, è sembrato opportuno far conoscere anche il caso da noi osservato che offre un complesso morboso non privo d'interesse.

D. Renato, piazzista, celibe, nato nel 1899 a Roma, ove ha sempre dimorato, tranne che nel 1918 per partecipare alla guerra mondiale.

Padre morto a 67 anni per cardiopatia di probabile origine reumatica. La madre, che non ha avuto aborti, morì a 44 anni, sembra per un tumore dell'utero. Un fratello è morto nei primi mesi di vista in seguito a « convulsioni », un altro a 13 mesi per un'affezione respiratoria acuta, un terzo in guerra ed una sorella infine, è deceduta a 44 anni per « sarcoma dell'utero operato e recidivato ». Altri quattro fratelli sono viventi e sani.

Nato a termine, da parto normale, è stato allattato da donna sana e robusta. Lo sviluppo sia fisico che psichico è sempre stato regolare tanto è vero che ha frequentato regolarmente la scuola elementare, di poi scuole serali fino a 16 anni riuscendo sempre bene. Ebbe i suoi primi rapporti sessuali a 17 anni nè mai si lamentò di debolezza sessuale. Non fuma, beve poco, è di costumi corretti. Nega lue. Nel 1920 contrasse blenorragia che, subito curata, scomparve dopo una ventina di giorni. Ha prestato servizio militare durante la guerra del '15-'18 ed arruolato nel '17 pesava kg. 77, 80 ed era alto m. 1,67.

Nel 1919 in seguito ad una febbre di tipo influenzale durata pochi giorni, ebbe un mese di convalescenza dall'ospedale militare ove fu ricoverato.

Il 1° agosto 1929 fu investito da una macchina. Perduta la coscienza fu trasportato ad un pronto soccorso ove riprese i sensi dopo circa 3/4 d'ora. Nell'urto riportò frattura esposta della gamba sinistra (terzo superiore), fratture della VI, VII, VIII costa di sinistra ed una piccola ferita alla radice del naso che guarì dopo pochi giorni senza particolari conseguenze. Sotto narcosi fu operato alla gamba ed al braccio e gli furono applicati apparecchi gessati con aperture attraverso le quali veniva medicato. Dopo un mese, rimarginatesi le ferite, gli furono applicati nuovi apparecchi gessati che tenne fino alla fine dell'anno. In poco tempo migliorò notevolmente residuandogli soltanto una certa difficoltà nel camminare a causa della gamba sinistra che non aveva ripreso completamente la sua funzionalità.

Nel 1934, preceduta da dolore, comparve tumefazione ed arrossamento in corrispondenza della cicatrice della gamba sinistra, cui seguì dopo qualche giorno, fuoruscita di scarso liquido sieroso. La fistola che si formò non si richiuse che dopo sei mesi. Nuovi episodi infiammatori a carico della gamba comparvero altre due volte negli anni successivi, 1936 e 1937, ma d'intensità minore, quando già egli soffriva di altri peculiari disturbi.

Nel 1935, in apparente contrasto con la grave prostrazione di forze, cominciò ad ingrassare con predilezione nelle regioni ascellari, ai fianchi e specialmente all'addome. Anche il viso si arrotondava da alterare altresì la fisionomia. Raggiunse rapidamente il peso di circa 100 kg., poi, nel triennio successivo, 123 kg. Nel frattempo erano comparsi sete intensa, poliuria specie notturna, mentre per altro l'appetito era discreto ma non eccessivo.

Nel 1938 avvertì anche disturbi sessuali (difficoltà dell'erezione, spossatezza dopo il coito) fino a giungere, nel gennaio 1939, ad impotenza assoluta.

In questo periodo particolare importanza rivestirono l'apatia e la sonnolenza per cui gli accadeva di addormentarsi con facilità nei caffè o in trattoria, specie dopo consumato il pasto.

Alla fine del 1938 fu ricoverato in ospedale per erisipela alla coscia sinistra. Oltre ad un trattamento locale praticò cura insulinica e dopo 15 giorni uscì guarito dall'erisipela.

Attualmente avverte palpitazione e dispnea da sforzo per cui viene colto facilmente da affanno.

Ha disturbi psichici nel senso che non sopporta il soggiorno in luoghi affollati e prova un vago senso di oppressione, pesantezza al capo e vertigini. Mai ha avuto cefalea nè disturbi visivi.

L'alvo si è mantenuto regolare. Nell'aprile e maggio di quest'anno la poliuria e la polidipsia sono state particolarmente intense.

Entra in questo reparto il 1° luglio 1939.

All'esame clinico, come risulta dalla fotografia riportata, il primo dato che colpisce è l'abbondante adiposità particolarmente spiccata all'addome e diffusa in alto a tutto il tronco, al collo ed al viso per arrestarsi alla radice degli arti che sembrano piuttosto sottili. Il viso è grosso, arrotondato, come « luna piena », di color rosso vivo, di tipo pletorico, con piccole ectasie venose ai pomelli ed al naso. La deposizione del grasso è visibile anche sulle palpebre che sono piene e sporgenti.

Sulla cute dell'addome, specie nei quadranti inferiori, si notano strie a somiglianza di quelle postgravidiche, di un color rosso sbiadito, variamente disposte e la cute che le ricopre è sottile ed atrofica; altre strie simili si trovano alle ascelle.

L'arto inferiore di sinistra, all'altezza del terzo superiore della tibia, è irregolarmente conformato per una leggera deformità dell'osso ed ivi il tessuto cicatriziale è ricoperto da cute rugosa, secca, di color bruno rossiccio.

Mucose visibili ben vascolarizzate.

I peli sono sviluppati normalmente al petto, alle ascelle, al pube, un po' radi.

Per ciò che riguarda il capo è già stata richiamata l'attenzione sulla forma del viso. Sviluppo dei capelli e della barba regolare.

In orofaringe nulla da segnalare. Dentatura guasta per carie multipla; mancano inoltre tre denti.

Al collo, che è aumentato di volume, la tiroide non si palpa.

Torace: quadrato, tozzo, per l'abbondante adipe; leggera cifosi dorso-cervicale, fosse sopraclavicolari ripiene di grasso, elasticità conservata.

Nulla da segnalare a riguardo dell'apparato respiratorio. Respiro 30.

Il cuore è leggermente ingrandito in tutti i suoi diametri, i toni si ascoltano lontani ed alla base, mentre il primo tono è diminuito d'intensità, il secondo è accentuato. Polso 78, ritmico, piuttosto teso. Pressione arteriosa 180/120. Queste cifre in giorni differenti hanno mostrato leggere variazioni.

Elettrocardiogramma normale.

L'addome sporge considerevolmente in avanti per l'abbondante adipe.

La milza ed il fegato sono in limiti normali.

Leggera ipotrofia a carico dei genitali esterni, specie del pene.

Pupille uguali e ben reagenti, riflessi profondi e superficiali, presenti e simmetrici.

Nulla da segnalare all'esame del fondo dell'occhio. Campo visivo non alterato.

Peso kg. 140, altezza m. 1,69.

Esame emocromocitometrico: globuli rossi 6 milioni 340.000; globuli bianchi 8.600; Hb 86 %; v. g. 0,86; formula leucocitaria: neutrofili 75 %, linfociti 23 %, monociti 2 %.

Esame biochimico del sangue: glicemia 1,17 per mille, 1,21 per mille, 1,10 per mille; calcemia mmgr. 11 per cento; colesterinemia mmgr. 22 per cento; fosfatemia mmgr. 4,2 per cento; potassiemia 19,8 per cento; azotemia 0,26 per cento.

Curva glicemica dopo carico di glucosio: a digiuno 1,10 per mille, dopo mezz'ora 1,27 per mille, dopo un'ora 1,95 per mille, dopo 2 ore 2,88 per mille, dopo 3 ore 1,27 per mille, dopo 4 ore 0,85 per mille.

Reazioni di Wassermann e Kahn nel siero di sangue negative.

Metabolismo basale: 7 per cento.

Esame delle urine: quantità giornaliera fra 1100 e 2050, dopo qualche giorno però la quantità oscillava intorno alle cifre normali; p. s. compreso fra 1009 e 1022, albumina e zucchero assenti. Nel sedimento cellule di sfaldamento delle basse vie, leucociti conservati isolati in scarsa quantità.

Prove della funzionalità renale: con la prova della sete il p. s. dell'urina giunse a 1024, con la prova della diluizione scese a 1004 mentre non si ebbe ritenzione di acqua.

Esame del liquor: pressione al Claude 18 cm. in decubito laterale; albumina 0,22 per mille; Nonne e Pandy neg.; R. W. neg.; reperto normale nel sedimento.

Esame radiologico: in sintesi a carico del cranio si rileva: assottigliamento dei tavolati, aumento della circolazione diploica, accentuazione delle impronte digitate sella turcica con lamina quadrilatera inclinata in avanti. Lieve diastasi delle suture. Benchè i radiogrammi non siano molto dimostrativi per la mole dell'individuo tuttavia non si rilevano alterazioni a carico del bacino, colonna vertebrale, coste (Prof. Nuvoli).

Durante la degenza, che si è protratta fino al 29 dello stesso mese, la temperatura si è mantenuta sempre piuttosto bassa, oscillando i suoi valori fra 35° e 36°, raramente superando questa cifra.

È stata praticata una terapia ormonica a base di estratti testicolari, tiroidei ed ante-ipofisari. All'uscita il peso del malato era di kg. 136,500.

In sintesi il quadro morboso era caratterizzato principalmente da adiposità notevole per deposizione di grasso al viso, al collo e a tutto il tronco, ma in special modo all'addome, cui facevano riscontro le estremità libere da grasso, ipotrofia degli organi genitali, impotenza, astenia, ipertensione arteriosa di modico grado, turbe del ricambio idrosalino (periodi di polidipsia e poliuria) e del ricambio degli idrati di carbonio (iperglicemia a digiuno e curva glicemica da carico di glucosio più elevata e protratta che di norma), tendenza alla policitemia con netta iperglobulia, leggeri disturbi del sonno e della psiche, tendenza all'ipotermia, chiari segni radiografici d'ipertensione endocranica. La sintomatologia era insorta a sei anni di distanza da un trauma, che aveva colpito, benchè leggermente, anche il capo, ed il paziente era portatore di un processo infiammatorio insediatosi su uno dei focolai di frattura (arto inferiore sinistro) che di tanto in tanto si era riaffacciato negli anni successivi al trauma.

Fra le varie forme di adiposità cui il presente caso poteva avvicinarsi una delle più comuni è l'*adiposità costituzionale* che suole considerarsi come uno stato di floridezza individuale, spesso famigliare e frequentemente associata con altre malattie del ricambio e cardiovasali, specie in quella forma chiamata ipertonica o pletorica (Greppi). Benchè qui l'aspetto dell'adiposità rivesta talora quello che è stato chiamato « tipo Falstaff » per particolare disposizione, tuttavia non ha sempre un carattere così netto ed è diffusa più o meno anche agli arti e non si associa ad altre note endocrine così spiccatamente morbose, chè anzi talora vi possono essere segni d'iperfunzione genitale.

Sono da escludersi anche le forme da *ipotiroidismo*, in cui, pur non essendovi sempre mixedema, il grasso è pastoso ed ha tutt'altra disposizione che quella del caso in esame e si accompagna a metabolismo di base nettamente abbassato, ipotensione, ecc.

Anche lesioni della *pineale* possono provocare obesità di alto grado per calcificazione di questa ghiandola (Pende), ma all'infuori di quella forma che si accompagna a macrogenitosomia precoce esse sono estremamente rare e si conosce ancora ben poco del meccanismo di produzione.

A riguardo del tipo *genitale* primario d'obesità non è ancora stato ben stabilito se la disfunzione prima sia quella ipofisaria o genitale dato che la forma ipofisaria si accompagna frequentemente a disturbi, talora gravi, della sfera sessuale. Del resto anche nel sesso femminile l'adiposità da castrazione non è poi così frequente come si credeva una volta e vi è tendenza ad inquadrarla più che altro in uno squilibrio ormonico complesso determinato dalla castrazione stessa (Galdi). In tale forma la caratteristica clinica sarebbe poi non tanto l'obesità quanto la disposizione stessa del grasso a tipo femmineo.

Fra le sindromi che possono essere comprese nella discussione diagnostica è anche la *sindrome adiposo-genitale di Fröhlich* in cui l'adiposità, talora notevole, è a tipo prettamente femminile e si accompagna ad atrofia dei genitali, impotenza sessuale e scarso sviluppo dei peli. Il nostro caso se ne differenzia perchè la disposizione del grasso è diversa, la pressione arteriosa al di sopra della normale, il polso pieno, la cute non pallida ma piuttosto arrossata, la tolleranza verso gli idrati di carbonio è diminuita, il metabolismo basale non è abbassato e vi sono variazioni della crasi sanguigna.

Nemmeno l'*obesità diencefalica semplice*, benchè apparentemente ammissibile per la partecipazione dei disturbi riferibili ai centri stessi, sembra entrare in discussione per le manifestazioni ipogenitali spiccate.

Dalla forma classica di Fröhlich viene distinta l' « *adiposità diencefalo-ipofisaria propriamente detta* » (Galdi), forma dell'età adulta, in cui l'adiposità è sintoma predominante, senza però presentare la distribuzione caratteristica ed accompagnata spesso ad altre deviazioni endocrine più complesse, fra cui l'impotenza, senza spiccate modificazioni delle gonadi. In essa il M. B. può essere abbassato, la lipemia al di sopra del normale e possono coesistere turbe del ricambio idro-salino e dei glicidi. Dunque in queste sindromi il quadro spesso è multiforme a seconda della varia partecipazione endocrina (specie tiroide, surreni, gonadi) e diencefalica. Questa con ogni probabilità è la forma in cui può essere inquadrata la sindrome che il malato in esame presenta, in cui figura larga partecipazione di quei disturbi comunemente riferiti ai centri diencefalici, già ricordati all'inizio. A rafforzare questa ipotesi vi sono anche i segni radiologici d'ipertensione endocranica con deformazione del profilo sellare, come si riscontra nell'idrocefalo interno cronico.

Veramente nel caso in esame l'ipertensione endocranica, se dal lato radiologico ne rivestiva l'aspetto caratteristico, da nessun altro segno era rilevabile (aumento della pressione del liquor, papilla da stasi, ecc.) ed il nostro malato non aveva nemmeno sofferto mai di cefalea.

Casi di distrofia adiposo-genitale con segni di aumentata pressione cranica sono stati descritti da Di Guglielmo.

Anche Nuvoli recentemente ha richiamato l'attenzione sull'importanza dell'ipertensione endocranica che, attraverso l'idrope del terzo ventricolo, sarebbe in grado di produrre una sofferenza dei centri ipotalamici. Egli in alcuni casi avrebbe ottenuto giovamento dalle sottrazioni di liquor.

Per contro Lucherini, avendo constatato anche in famigliari sani di individui affetti da distrofia adiposo-genitale segni radiologici di ipertensione endocranica (congestione diploica, impronte digitate) è incline a credere che le alterazioni craniche debbano essere piuttosto l'espressione di una osteo-distrofia su base endocrina.

Nel nostro caso ove i segni classici radiologici dell'aumento di pressione intracranica erano tutti presenti, sembra più logico ammettere che squilibri di pressione nella cavità cranica, eventualmente in relazione al trauma, abbiano dovuto verificarsi.

Comunque a noi interessa chiarire un'altra questione.

Un quadro morboso che richiama ancora l'attenzione nella discussione diagnostica del nostro caso è rappresentato dalla *sindrome* recentemente descritta da Cushing e che, nelle sue linee fondamentali, è rappresentata da obesità, atrofia genitale a rapido sviluppo con impotenza, osteoporosi con le sue conseguenze, strie rossó-bluastre sull'addome, ipertensione arteriosa, pliglobulia con leucocitosi, irsutismo e talora anche da turbe del ricambio idrico e dei carboidrati. L'obesità infatti nel nostro malato è tipica del Cushing, ad impronta pletorica, diffusa al tronco, specie all'addome, al viso, che si presenta rosso ed arrotondato, « a luna piena » come suol dirsi, e gli arti contrastano perchè sono completamente liberi da adipe. Mancano è vero l'osteoporosi e l'irsutismo e le strie riscontrate sull'addome non sono come quelle tipiche del Cushing. Del resto l'osteoporosi, benchè frequente, non è un sintoma costante della sindrome (in 23 su 33 casi secondo la statistica di Raab) ed anche in un caso di De Candia mancava. Nel sesso maschile inoltre l'ipertricosi non si manifesta spesso e può essere sostituita invece da caduta dei peli. Anche l'evoluzione della malattia è quella che si riscontra nella sindrome di Cushing: aumento rapido e notevole del grasso con disposizione particolare, diminuzione rapida e progressiva della potenza sessuale e lo stabilirsi dell'ipertensione, della poliglobulia, della poliuria, della polidipsia e della glicosuria. Fra i sintomi del Cushing vengono citati anche disturbi psichici e narcolessia (De Candia).

Nel caso nostro non è stata riscontrata glicosuria, tenendo presente però che egli una volta in occasione dell'erisipela praticò cura insulinica e del tasso glicemico più elevato che

*

di norma, mentre d'altra parte nel Cushing il carattere della glicosuria offerto, è quello di essere variabile, si può concludere che nemmeno questo sintoma facesse difetto.

Per di più recentemente sono stati descritti anche casi di morbo di Cushing insorti dopo traumi cranici (Schilling, Introna), fatto che nel nostro malato potrebbe essere alla base della sindrome morbosa.

Dopo le pubblicazioni di Cushing il numero dei casi descritti di sindrome di Cushing è ormai numeroso per il contributo anche di autori italiani (De Candia, Greppi e Radaelli, Gamna, Introna, Ferrannini, ecc.). Se fin dal primo momento la sindrome descritta ha conservato la sua chiara individualità clinica, sono rimasti invece dei punti oscuri nei momenti patogenetici, che non sembrano più rappresentati unicamente dall'adenoma basofilo dell'ipofisi o dalla semplice iperplasia degli elementi basofili (basofilismo pituitarico) come riteneva all'inizio lo stesso Cushing, ma anche da altre deviazioni endocrine, prima fra tutte l'ipercorticalismo surrenale (Pende, De Candia, Gamna, ecc.), specie dopo le recenti acquisizioni sulle correlazioni ipofiso-surrenali (Anselmino e Hoffmann, ecc.). Certo che l'osservazione di sindromi di Cushing senza basofilismo ipofisario ma con iperplasia corticale (Gamna, ecc.) o sindromi di Cushing senza rilevabili alterazioni surrenali (Bauer), casi di interrenalismo senza pletora ipofisaria (Kraus), infine casi di basofilismo ipofisario completamente muti dal lato clinico (Kraus, Cushing ecc.), ha lasciato molti dubbi a questo riguardo.

In riferimento all'opinione di alcuni autori italiani (De Candia, Tanzella, Ferrannini) che nel deteminismo della sindrome di Cushing, non considerano estranei i centri diencefalici, di cui si conoscono le innumerevoli funzioni regolatrici, non esclusa quella sul sistema endocrino (Pende, Lunedei), è logico supporre che da tali stretti rapporti neuroendocrini, a seconda della compromissione dei centri e della varia partecipazione endocrina, sia come substrato che come risposta a stimoli differenti, possa originarsi una sindrome quale è quella del Cushing od anche forme più o meno atipiche. In questo senso la sindrome di Cushing potrebbe essere posta tra le poliendocrinosimpatosi (Pende, De Candia).

Del resto anche Greppi, partendo dalla considerazione del frequente basofilismo ipofisario nelle ipertensioni e dal fatto che molte di queste sono unite a floridezza nutritiva, pletora e talora iperglicemia, non esita a pensare che il fattore diencefalo-ipofisario, in rapporto o non con la basofilia, tramite l'iperplasia ed iperfunzione surrenale, assuma la sua importanza non solo nel Cushing, ma anche nelle comuni forme di obesità pletorico-ipertoniche, « piccolo Cushing » come egli le chiama, differenziandosi esse solo in senso quantitativo.

È sembrato interessante quindi far conoscere anche il caso da noi osservato che, pur presentando note che permettono piuttosto inquadrarlo nelle sindromi diencefalo-ipofisarie (specie per le turbe del ricambio idro-salino, crisi narcolettiche, disturbi della psiche, tendenza all'ipotermia), arieggia d'altra parte molto da vicino il quadro descritto da Cushing, tenendo poi in considerazione che tale affezione più che una malattia vera e propria viene considerata una sindrome (Ferrannini), in cui giocano fattori molteplici variamente intrecciati, il cui discernimento non è sempre possibile e la cui etiologia è ancora oscura.

Per l'ipertensione arteriosa, l'eritrocitosi, le turbe del ricambio degli idrati di carbonio non si può infatti escludere una compartecipazione surrenalica. Tale fattore non può essere messo fuori discussione nemmeno per l'obesità, benchè nel nostro caso l'origine sia più probabilmente pituitarica, così per i disturbi genitali, siano essi secondari o meno alla disfunzione ipofisaria, eventualmente attraverso l'alterazione surrenalica. Certo è che molto suggestivo e molto semplice sarebbe considerare tutta la sindrome presentata dal nostro malato in dipendenza di un'alterazione diencefalo-ipofisaria quando i segni radiologici di un'ipertensione endocranica appoggiano l'ipotesi di una sofferenza di questo sistema, siano essi o meno in rapporto con il trauma cranico, conciliando inoltre tale opinione con la possibilità di oscillazioni periodiche negli squilibri endocranici.

Non deve essere dimenticato che il nostro malato ha subìto un trauma di notevole intensità, come è dimostrato dalle molteplici fratture riportate e per di più è stato colpito anche al capo. Come è già stato accennato, è riconosciuta l'insorgenza di molteplici sindromi morbose nell'àmbito del sistema diencefalo-ipofisario anche a distanza di tempo da traumi cranici. Nel nostro caso sarebbe difficile stabilire se l'eventuale lesione fosse stata provocata direttamente dal trauma (focolai di sclerosi o di calcificazione in seguito a piccole emorragie, ecc.), o inderettamente attraverso l'instaurazione di un idrocefalo post-traumatico sostenuto da eventuali alterazioni delle meningi.

Nella considerazione dei fattori etiopatoge-

netici non va trascurato nemmeno il fattore tossi-infettivo, dato che il paziente era portatore di un processo infiammatorio cronico a carico dello scheletro, quando è ammesso che processi infettivi vari possono dar luogo ad insorgenza di sindromi diencelatiche. Anche nei casi di Cushing descritti esistono associazioni con processi infettivi come, per esempio, in uno dei casi riportati da De Candia, tanto che questo autore non esclude la possibilità che tali « foci » infettivi cronici possano rappresentare una condizione favorevole il processo morboso in soggetto costituzionalmente predisposto per il suo particolare orientamento metabolico. Fattore infettivo quindi e fattore traumatico, tramite o meno l'idrocefalo interno, avrebbero potuto entrambi dare origine al quadro morboso, sia pure in terreno particolarmente neurorecettivo.

È questione fondamentale se il quadro morboso in esame debba essere considerato come sindrome diencefalo-ipofisaria, come più probabilmente riteniamo, o di Cushing incompleta. Certo è che le manifestazioni cliniche partecipano di ambedue le forme rendendole particolarmente concatenate. Entrando in quest'ordine di idee viene ad essere valorizzata l'ipotesi che nella complessa situazione poliendocrina del Cushing giuochi un ruolo non trascurabile la regione diencefalica con naturali manifestazioni legate a questa localizzazione.

A riguardo della terapia praticata si può dire che durante l'impiego di preparati di tiroide, ipofisi anteriore e testicolo si è notato leggero giovamento; infatti il malato, dopo 15 giorni di cure, usciva diminuito di 4 chili circa dal suo peso iniziale.

RIASSUNTO.

Si descrive un caso clinico nel quale, dopo un trauma cranico, si è sviluppata una sindrome diencefalo-ipofisaria che si cerca d'inquadrare nel vasto campo delle forme nosografiche che si fanno risalire a questo tipo di localizzazioni morbose. Speciali caratteri di rapporto avrebbe la forma in esame con un'altra sindrome quale è quella di Cushing, oggi interpretata come malattia di tipo endocrino complesso. Si tratterebbe in definitiva di una forma neuro-ipofisaria con mimetismo di Cushing incompleto.

BIBLIOGRAFIA

ANSELMINO J. u. HOFFMANN F. Klin. Wschr, 10, 97, 1931.
BAUER J. Klin. Wschr., 12, 1552, 1933; Arch. int. Med. exp., 4, 1935.
CUSHING. J.A.M.A., 281, 1932, Amer. Journ. of Path., 2, 1934.
DE CANDIA S. Policlinico, Sez. Prat., 44, 1108, 1937; Rif. Med., 5 1934.
DI GUGLIELMO. *Sindromi neuro-ipofisarie*. Ist. Ed. Scient., Milano, 1928.
FERRANNINI. Min. Med., 28, 599, 1937.
GALDI F. XLII Congr. Soc. Ital. Med. Int. Edit. Pozzi, Roma, 1936.
GAMNA. Min. Med., 25, 553 e 593, 1934.
GAMNA e FORCONI. Min. Med., 27, 201, 1936.
GREPPI. Arch. fisiol. e clin del ric. IV, 1936.
GREPPI e RADAELLI. Policlinico, 30 luglio 1934.
INTRONA F. Policlinico, Sez. Med., 1937.
JANDOLO C., Policlinico, Sez. Med., 47, 341, 1940.
KRAUS. Med. Klin., 12, 449, 1933; Klin. Wschr., 13, 487, 1934.
LUCHERINI T. Policlinico, Sez. Med., 1933
LUNEDEI. Medicina Interna, Ed. Min. Med., vol. VI, 1937.
NUVOLI U. Policlinico, Sez. Prat., 40, 1045, 1933.
PENDE N. Endocrinologia, Ed. Vallardi, Milano, 1934.
POZZI. Policlinico, Sez. Med., 38, 213, 1931.
RAAB. Klin. Wschr., 15, 1934.
SCHILLING. Med. Welt., 6, 7, 8, 30, 1936.
TANZELA. Riv. Clin. Med., 19-20, 633, 1936.

CLINICA DELLE MALATTIE INFETTIVE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. GIUSEPPE CARONÌA

L'enantema vescicale varicelloso.

Prof. FILIPPO ROCCHI, aiuto e docente

Per una malattia dal quadro clinico così classico e noto come la varicella, potrebbe sembrare imprudente voler descrivere un sintomo nuovo.

Pure, ricercando accuratamente sui trattati recenti ed antichi e sulle monografie dell'argomento, non ci è stato possibile di trovare accenno a quanto abbiamo avuto occasione di notare in alcuni casi di varicella.

In realtà, leggendo un lavoro di Harold N. Johnson pubblicato nel 1940, abbiamo trovato lo spunto per la ricerca del sintomo di cui avevamo già clinicamente sospettato la esistenza.

Il lavoro di questo Autore, riassume brevemente le modestissime conoscenze che si hanno su la anatomia patologica di questa malattia.

Per vero, queste non sono molto progredite dal tempo (1894) in cui Unna prima e Hammerschmidt poi, descrissero i reperti di biopsie di elementi dell'esantema varicelloso. Il reperto era quello di edema e rigonfiamento delle cellule epiteliali con formazione di cellule giganti e costituzione di cavità insieme confluenti nei punti di massima degenerazione.

Le ulteriori conoscenze sulle modificazioni del corion e dell'epitelio cutaneo sono dovute

molto tempo dopo a Tyzzer (1906). Più recentemente, (1927) Schleussing, descrisse nel fegato, nella milza e nella surrenale di due gemelli morti durante una infezione varicellosa alcune lesioni simili fra di loro: aree di colore biancastro, di forma rotondeggiante od ovale, costituite da gruppi di cellule con gradi diversi di necrosi.

Il lavoro di Johnson si riferisce ad un bambino idrocefalico di 7 mesi, venuto a morte in seguito ad un intervento dopo aver contratto una infezione varicellosa: l'autopsia è completa: l'autore descrive nell'esofago, nel pancreas, nel fegato, nel rene, negli ureteri, nei dotti biliari, nella vescica, nelle surrenali, delle lesioni che si potevano riportare ad un tipo fondamentale: si trattava di aree di degenerazione focale distinguibile macro e microscopicamente, con lesioni cellulari simili a quelle descritte nelle vescicole cutanee. Le alterazioni caratteristiche consistevano anche per le lesioni viscerali in un rigonfiamento delle cellule, in rarefazione e vacuolizzazione del citoplasma, rarefazione del nucleo con spostamento del nucleolo e della cromatina nucleare alla periferia. Inoltre si riscontrano in questo ben chiare inclusioni acidofile.

Nei punti dove esistevano queste lesioni, erano reperibili alterazioni dei capillari. Indubbiamente le lesioni più caratteristiche erano quelle dei nuclei contenenti le sopradette inclusioni cellulari acidofile, che potevano raggiungere dimensioni dai 2 ai 5 μ di diametro. Le aree di queste lesioni degenerative erano di grandezza diversa, alcune molte piccole ed altre dal diametro da 1-2 mm. ed oltre.

Questo reperto ha autorizzato l'A. a ritenere che il virus varicelloso propagandosi per la via sanguigna, si localizza nei tessuti prevalentemente di natura epiteliale; esso avrebbe una affinità speciale per le sostanze nucleari; l'A. arriva perfino a supporre l'esistenza di una sostanza nucleare necessaria alla moltiplicazione del virus e che avrebbe una alta concentrazione in alcune cellule piuttosto che in altre; così si spiegherebbe il particolalare tropismo del virus per le cellule epiteliali della pelle piuttosto che per quelle degli altri organi.

In realtà la grande benignità della malattia varicellosa ha fatto sì che le nozioni anatomopatologiche su questa malattia siano ridotte a queste che abbiamo descritto.

Sulle interpretazioni delle lesioni anatomiche di una sequenza morbosa della varicella, l'encefalite varicellosa, dirò brevemente in seguito.

Già più volte avevamo avuto occasione di notare, come nel corso di varicella qualche paziente dimostrasse nelle urine la presenza di leucociti, e di globuli rossi in piccole quantità, cosa questa che aveva fatto pensare ad una possibile lieve nefrosi come avviene così frequentemente nel corso di una malattia infettiva acuta febbrile.

L'accertata presenza di lesioni tipicamente varicellose sulla mucosa vescicale del caso studiato anatomo-patologicamente da Harald N. Johnson, ci fece supporre la possibilità che la presenza di questi globuli bianchi nell'urina potesse avere origine da un eventuale enantema vescicoloso. Abbiamo voluto ricercare, praticando la cistoscopia in casi tipici, se questa supposizione avesse un fondamento di verità. In alcuni casi tipici con esantema, in verità molto diffuso, ci è stato possibile di scorgere delle lesioni riportabili all'enantema varicelloso. Citiamo, uno fra gli altri, il protocollo di un tipico reperto cistoscopico eseguito in una bambina in settima giornata di malattia:

« Cistoscopia che debbo alla cortesia dell'urologo prof. Blasucci, 3 dicembre 1940.

Buerger 18-C-V, cc. 280.

Vescica leggermente irritabile, ancora lucida ma non perfettamente trasparente.

Il collo, il trigono e gli sbocchi sono normali.

Lateralmente allo sbocco, si osserva una piccola chiazza di arrossamento diffuso di forma circolare: alla periferia della quale si possono ancora discernere dei sottilissimi vasi.

La mucosa che ricopre questa chiazza è nettamente opaca, e si presenta ulcerata al centro dove si osserva un piccolissimo cencio necrotico.

La mucosa circostante è normale, ma in vicinanza di questa si osservano vasi molto ectasici che si sfioccano fino ad entrare in contatto diretto con la chiazza.

Sulla cupola vescicale qualche millim. indietro della bolla d'aria si osserva una piccola petecchia isolata di forma grossolanamente tondeggiante, più scura al centro, appena più chiara alla periferia. La mucosa che ricopre questa non presenta mutazioni evidenti.

In altre due regioni, sulla parete destra, e sul trigono si osservano delle piccole chiazze iperemiche, isolate, ricoperte da mucosa trasparente che si possono interpretare come elementi vescicolosi abortiti oppure in via di cicatrizzazione ».

Di altre cistoscopie potremmo riferire referti analoghi con varianti di poca importanza in più o in meno.

È evidente quindi sulla base dei reperti anatomo-patologici e su quelli cistoscopici che i disturbi vescicali che possono avere i varicellosi sono dovuti alla presenza di un enantema.

Logicamente come avviene sulla mucosa del cavo orale i singoli elementi perdono rapidamente la parete di mucosa dissociata dal derma e ne restano minuscole ulcerazioni. Si spiega così la

presenza dei leucociti e delle emazie nel sedimento e l'esistenza di disturbi subbiettivi cistitici quando gli elementi abbiano sede verso il collo vescicale.

Questo reperto in unione con i protocolli autoptici sopra riferiti si presta a qualche considerazione di altro tipo: è ben noto il concetto lungamente propugnato da Levaditi e dalla sua scuola che la rabbia, la poliomielite, l'herpes, il vaiolo, il vaccino appartengano ad un gruppo di così dette ectodermosi neurotrope nelle quali il virus avrebbe a volte prevalenza sulla pelle, a volte sul sistema nervoso, a volte si distribuirebbe su tutti e due. A questo gruppo è stata aggiunta anche la varicella.

Questo tropismo neuro e dermotropo troverebbe la prima base nella comune origine embriologica ectodermica dei due tessuti oltre a svariati altri fattori anche costituzionali (Pincherle e Negri, Dorremans, Netter, Bonaba, Babonneix, Nucci).

Ma quando si rifletta che non dubbie lesioni di carattere varicelloso (Johnson, Schleussing) colpiscono ugualmente organi di origine embriologica diversa, il concetto di ectodermosi, almeno per la varicella deve cadere. Esofago, fegato, dotti biliari, pancreas derivano dall'ectoderma, reni, ureteri, vescica, surrenali derivano dal mesoderma, eppure tutti presentano lesioni tipicamente varicellose.

È evidente quindi che il virus nell'organismo infettato ha una diffusione universale e non solamente cutanea o nervosa. Quando un virus in genere si impianta in un organismo, la sua diffusione non viene ristretta ad uno o due organi di comune origine embriologica; se il suo naturale tropismo lo conduce ad una tipica localizzazione con una vivacissima sintomatologia focale, la possibilità di colpire anche altri organi non è frenata dalla loro diversa origine embriologica. Per esempio, per la Parotite epidemica, se le salivari ed il pancreas sono di origine ectodermica, sistema nervoso e lacrimali sono derivazione dell'ectoderma ed il testicolo del mesoderma, eppure tutti questi organi sono ugualmente affetti dalla malattia. *Mutatis mutandis* la stessa considerazione può ben valere per l'infezione varicellosa.

Ma vi è ancora un altro argomento; nelle culture di virus varicelloso sulla membrana corionallantoidea dell'embrione di pollo (Ritossa) le lesioni prodotte dal virus, oltre allo strato ectodermico cointeressano fortemente anche quello meso ed endodermico: anche in questa curiosa forma di attività biologica, il virus varicelloso pur mostrando un tropismo spiccato per l'ectoderma, non risparmia gli altri due foglietti.

Riassumendo, considerare la varicella come una ectodermosi, è cosa che non risponde alla realtà dei fatti: alla luce dell'anatomia patologica essa è una infezione generalizzata con spiccato tropismo cutaneo.

Ma ancora è opportuno fare qualche altra considerazione a proposito del neurotropismo.

Sono note le tante discussioni sulle encefalo-mieliti la cui essenza ha costituito per Levaditi e collaboratori l'altro pilastro su cui si poggia la concezione della ectodermosi neurotrope.

Se questa neurassite sia data dal virus varicelloso vero e proprio (Marfan, Cornill e Kissel, Chananj e Chaignot, Ingelrans, Rendu, Graham, Fasella) o se rappresenti una reazione anafilattica locale del sistema nervoso o se infine sia dovuto all'attivazione di un virus neurotropo latente nel soggetto (Granzmann, Sahli, Bogaert) o nell'ambiente (Babonneix, Adeline, Colombe, Boenheim, Borra, Palombi, Fiore) è questione tuttora aperta e nella quale non è il caso di intrattenersi in questo lavoro. Ma sta di fatto che numerosi argomenti diretti ed indiretti militano a favore di questa ultima ipotesi.

L'anatomia patologica non ha portato gran luce su questo soggetto in quanto, data la grande benignità della forma morbosa la morte è rarissima.

Tre sono i reperti autoptici noti in tutta la letteratura, un caso di Mya, un caso di Miget e Constantinescu ed un caso di Bogaert; in questi si riscontrarono lesioni sia della meninge che dell'encefalo, essudati ematici nella fossa cerebrale posteriore e nella fossa cerebellare, meningite con essudato sieropurulento; nel caso di Bogaert furono riscontrati focolai di infiltrazione perivascolare con proliferazione di cellule della glia e gravi segni di demielinizzazione. Anche Spielmayer avrebbe notato fenomeni analoghi.

Evidentemente il neurasse si comporta nei confronti degli altri organi e tessuti lesi dal virus varicelloso in maniera completamente diversa, in quanto vano sarebbe ricercare una somiglianza delle lesioni nervose con quelle descritte più sopra a carico degli organi interni e che, come abbiamo visto, hanno una grande rassomiglianza istologica con le lesioni cutanee.

È anche vero però che il tessuto nervoso quando partecipa ad una malattia generale, vi partecipa generalmente in una maniera sui

generis e le caratteristiche anatomiche della malattia mieloencefalica possono non essere uguali a quelle che in un altro organo ha prodotto la stessa causa; ma sarebbe varo cercare nelle surriferite lesioni neuro-assiali alcunchè che somigli a quelle tipiche che la varicella lascia negli altri organi.

L'argomento, se non ha un valore assoluto per la sostanza nervosa, lo ha certamente per le meningi. Orbene, in queste mancano lesioni varicellose tipiche, tanto nei tre casi sopradescritti e tanto nel caso di Johnson.

Questo argomento indiretto potrebbe costituire un dato in più in favore della ipotesi che la cosidetta encefalomielite varicellosa sia in realtà dovuta ad un virus di sortita piuttosto che al virus varicelloso stesso.

CONCLUSIONI.

1) È dimostrata l'esistenza di un enantema varicelloso sulla mucosa vescicale di casi tipici. A tale enantema si deve la sintomatologia urinaria e locale nel corso della varicella.

2) Sulla base di tale reperto e sulla base della nostra conoscenza sulla anatomia patologica della malattia, vengono portate argomentazioni contro la concezione della varicella intesa come ectodermosi neurotropa.

RIASSUNO.

L'esantema varicelloso può avere estrinsecazione anche sulla mucosa vescicale. Tale localizzazione concordemente ai reperti anatomici non depone per la concezione della varicella intesa come ectodermosi neurotropa.

BIBLIOGRAFIA.

JOHNSON H. *Visceral lesions associated with Varicella*. Arch. of Pathology, vol. 30, n. 1, p. 192, J. 1940.
LEVADITI. *Ectodermoses neurotropes*. Masson, 1926.
PALOMBI. *Varicella vaiolo, vaccinazione antivaiolosa ed encefalomieliti*. Arch. It. di Pediatria e puericultura, vol. IV, n. 2, marzo 1936.
SCHLEUSSING. Verhandl. der Deutsch. Path. Ges, 22, 288, 1927.
ATYZER. Philippine J. Sc., 1, 349, 1906.
UNNA. *Die Histopathologie der Hautkrankheiten*. Berlin, Hirschwald, 1894.

OSPEDALE PSICHIATRICO PROVINCIALE DI ROMA
Direttore: Prof. FRANCESCO BONFIGLIO

Colesteatoma del lobo temporale destro.

Dott. DIEGO DE CARO, assistente e docente.

(Continuazione e fine; v. num. precedente).

CONSIDERAZIONI.

Il caso descritto merita alcune considerazioni sia dal punto di vista istopatologico, sia da quello clinico.

Istologicamente il tumore descritto presentava una struttura cistica ed era costituito da una parete epiteliale pluristratificata, composta di cellule piatte e poligonali contenenti, alcune, granuli di cheratoialina, e da una massa centrale di aspetto perlaceo ed amorfa, quasi priva di cellule, colorabile con il Sudan III. Attorno al tumore esisteva una gliosi reattiva. Questi caratteri permettono di classificare il tumore nel gruppo dei tumori perlacei del cervello. Inoltre, poichè nella parete di esso non erano presenti formazioni istologiche simili a quelle del derma cutaneo, quali ghiandole sebacee e sudoripare, peli, ecc., ma solo un tessuto epidermico simile allo strato di Malpighi, il tumore descritto deve essere classificato fra i colesteatomi di tipo epidermoide. Il tumore presentava delle dimensioni del tutto eccezionali poichè, come si è detto, esso occupava quasi tutto il lobo temporale destro; per questo, accanto a quelli descritti da Fracasso e da Fattovich, esso è certamente uno dei più grossi esistenti nella letteratura. La sede del tumore è fra le meno frequenti. Si è detto che i colesteatomi sono situati raramente nella massa centrale del cervello ed eccezionalmente sono endoventricolari. Nel caso descritto il tumore è sorto nel corno sfenoidale del ventricolo destro; dopo averlo invaso completamente, ha compresso la sostanza nervosa del lobo temporale, e quindi si è fatto strada posteriormente, attraverso la scissura di Bichat, seguendo i vasi che si originano dalla cerebrale posteriore e penetrano nel cervello per formare il plesso coroideo del ventricolo laterale; infine si è diffuso fra la faccia superiore del lobo destro del cervelletto ed il lobo occipitale, ed in parte si è spinto verso l'angolo ponto-cerebellare destro. Essendo questa — come si è detto — una delle sedi molto frequenti dei colesteatomi, si potrebbe pensare che il tumore sia nato appunto nell'angolo ponto-cerebellare. Poichè però la massa principale del tumore era situata all'interno del ventricolo laterale, mentre la sua parte esterna — specie quella situata nell'angolo — appariva piuttosto come una piccola propaggine di esso; e poichè, d'altra parte, la sintomatologia presentata dal malato cominciò con disturbi psichici, cefalea e paralisi del VII paio, a tipo centrale, del lato opposto, mentre il trigemino non fu mai interessato e l'acustico lo fu molto tardi, si deve presumere che il tumore non sia nato primitivamente nell'angolo ponto-cerebellare, ma che qui si sia fatto strada partendo dal plesso coroideo del ventricolo laterale.

Mentre — come si è accennato al principio

— i colesteatomi equini hanno frequentemente questa origine, nell'uomo ciò si verifica eccezionalmente. Colesteatomi dei plessi coroidei nell'uomo sono stati descritti da Blumer, Bordet e Cornil, Manlove, Guillaume. Il caso descritto ha un notevole interesse poichè mentre i colesteatomi dei plessi coroidei hanno una struttura endoteliomatosa — endotelioma colesteatomatoso di Blumer — la struttura del tumore era tipicamente epiteliale.

Clinicamente il malato ha presentato i sintomi che abitualmente caratterizzano i tumori del lobo temporale destro. Il quadro clinico s'iniziò con la cefalea e con i disturbi dell'equilibrio; comparvero quindi il torpore mentale, la paralisi del facciale sinistro a tipo centrale, la paralisi del retto interno di destra e l'astenia agli arti inferiori.

Sei mesi dopo l'inizio dei sintomi clinici, il malato presentava atassia e adiadococinesia al braccio sinistro, paresi dell'arto inferiore sinistro, impossibilità della stazione eretta, diplopia, emianopsia bilaterale destra, vertigine; mentalmente, era presente uno stato confusionale grave, con chiara tendenza all'euforia ed al motteggio. Alla fine della malattia, si ebbe emiparesi sinistra, paresi del facciale destro a tipo periferico e ipoacusia destra. La posizione e la grandezza del tumore forniscono la chiara spiegazione dei sintomi che il malato ha presentato. Innanzi tutto può sembrare eccezionale il decorso relativamente rapido della malattia che dall'inizio dei primi sintomi morbosi alla morte è durata poco più che 15 mesi: evenienza piuttosto rara nei colesteatomi. Questi tumori hanno abitualmente uno sviluppo molto lento e quindi un decorso clinico molto lungo; molte volte essi non dànno segni clinici apprezzabili e sono sorprese di autopsia. Questi caratteri sono più accentuati quando si tratta di tumori che nascono nell'interno del cervello. Nel caso descritto il tumore si è sviluppato lentamente, senza dar segni della sua presenza, nell'interno del ventricolo laterale, fino a quando non ha determinato compressioni sulle parti circostanti. La compressione della capsula interna destra spiega la paresi del facciale sinistro a tipo centrale e l'emiparesi sinistra, che si fece completa alla fine della malattia. Quando infine il tumore si è estrinsecato all'esterno ha determinato la compressione dell'acustico e del facciale di destra, con conseguente ipoacusia e paralisi del VII di destra tipo periferico.

Nei tumori del temporale si osserva con grande frequenza la paralisi dell'oculomotor comune; come nel caso esaminato, essa è abitualmente parziale ed omolaterale rispetto al tumore.

Degna di nota mi pare inoltre l'emianopsia del malato, sul quale sintoma hanno richiamato l'attenzione Cushing ed i suoi allievi come tipico dei tumori del temporale, per lesione delle fibre ottiche che costeggiano la parete laterale del ventricolo.

Io penso infine che la crisi di cefalea e di stordimento che il malato presentava quando esso modificava le posizioni del capo possano essere in rapporto con la compressione che la massa tumorale esercitava sull'acquedotto di Silvio, determinando modificazioni nella circolazione del liquor. Del resto, che esistesse un ostacolo al deflusso del liquor all'altezza dell'acquedotto è provato dall'idrocefalo ventricolare, che non interessava il quarto ventricolo, e dal reperto encefalografico, che dimostrava la mancanza di riempimento dei ventricoli laterali.

Dal punto di vista psichico, il malato presentava uno stato demenziale piuttosto grave, con disturbi della memoria di fissazione, confabulazione, interpretazioni fantastiche di avvenimenti reali, mancanza assoluta di critica e chiara tendenza al motteggio. Questi sintomi sono stati descritti da molti autori nei tumori del lobo temporale, ma è molto dubbio il loro valore quali sintomi di focolaio. Comunque mi pare non privo d'interesse richiamare l'attenzione sul fatto che il malato presentava un tipico sintoma del motteggio, con interpretazione scherzosa degli avvenimenti. Tale sintoma è stato più volte osservato nei tumori del temporale, e ciò non è senza importanza poichè — come si sa — il sintoma del motteggio si riscontra con grande frequenza nei tumori del lobo prefrontale.

RIASSUNTO.

L'A. ha descritto un caso di colesteatoma del lobo temporale destro. Dopo aver riassunto brevemente la patogenesi e l'anatomia patologica dei colesteatomi cerebrali, riferisce lo studio clinico del malato e il decorso della malattia, che fu insolitamente rapido per un colesteatoma; quindi descrive minutamente l'esame anatomo-istopatologico del tumore, che occupava quasi tutto il lobo temporale destro e risultava formato da una massa centrale amorfa di aspetto perlaceo, e da una parete cistica, composta da un epitelio pluristratificato di tipo epidermico. Dopo aver discusso la diagnosi istologica del tumore, l'A. conclude affermando che si tratta — nel caso descritto —

di un colesteatoma a tipo epidermico che, pur essendo nato dal plesso coroideo del ventricolo laterale — come gli endoteliomi colesteatomatosi di Blumer — non conteneva alcun elemento endoteliale.

BIBLIOGRAFIA.

ADAMS W. *Cholesteatomatous Tumour of the Brain.* Trans. Path. Soc. Lond, 3, pag. 44, 1850.

AJELLO. *Contributo allo studio delle cisti epidermoïdi colesteatomatose dell'encefalo.* Rivista Sper. Fren., 52, pag. 77, 1928.

ARMAND-DELILLE, JEAN CAMUS. *Présentation d'une pièce de volumineux cholestéatome du cervelet.* Rev. Neur., 21, pag. 1074, 1902.

ASKENAŚY H. *Les tumeurs perlées du névraxe.* L'Encéphale, vol. I, n. 5, pagg. 209-238, 1928.

ASKENASY, ARSENY, GEORGIADE. *Tumeur perlé du IV ventricule. Intervention. Guérison.* Rev. Neur., 1, pag. 746, 1929.

BAILEY P. *Cruveilhier's Tumeurs Perlées.* Surgery, Gynec., a Obst., 31, pag. 390, 1920.

ID. *Further observations of pearly tumors.* Arch. of Surgery, 8, pagg. 254-534, 1924.

ID. *Intracranial Tumors.* Thomas; Sprinfield, Baltimore, 1933.

BAUDITZ. *Ueber Dermoide und Epidermoide des Gehirns.* Ztschr. f. d. Ges. Neur. u. Psych., 144, pagg. 135-147, 1933.

BELLONI. *Dermoide del IV ventricolo, ecc.* Riv. Pat. Nerv. e Ment, vol. XXXI, pag. 205, 1926.

BENDA P. *Zwei Fälle von Cholesteatom des Gehirns.* Berl. Klin. Woch., 34, pap. 167, 1897.

BENECKE. Virchow's Archiv., t. CXLII, pag. 429. 1895.

BÉRARD, SERGNON et ROUOT. *Cholestéatome intrapetreux, ecc.* Lyon médical, 14, avril, 1912.

BERGMANN P. ecc. *Handbuch der praktischen Chirurgie,* I Band. Stuttgart, Enke, 1926.

BERKA. *Cholesteatom der Cauda Equina.* Casopis Lekarno Ceskych, n. 11, 1906.

BLASIUS O. *Ein Fall von Epidermoid (Perlgeschwülste) der Balkengegend,* Inaug., Diss., Göttingen, 1901.

BLUMER G. *Bilateral Cholesteatomatous Endotheliomata of the Charoid Plexus.* Johns Hopkins Hosp. Rep., 9, pag. 279, 1900.

BORGHARDT M. *Cholesteatom der hinteren Schädelgrube.* Arch. Klin. Chir., 43, pag. 892, 1905.

BOSTROEM E. *Ueber die pialen Epidermoide, Dermoide und Lipome und die duralen Dermoide.* Zbl. Path, 8, pag. 1, 1897.

CHIARI. *Centrales Cholesteatom des Dorsalmarks, ecc.* Prager med. Wochenschr., 142, pag. 429, 1883.

CHORÓBOSKY. Neur. polska, v. Z. Bl. f. die g. Neur. und Psych., 97, pag. 584, 1940.

CHOULGUINE. *Deux cas de Cholestéatome dans la région de IV ventricule.* Rev. Neur., 8, pag. 557, 1912.

CRITCHLEY M., FERGUSSON F. R. *The cerebrospinal epidermoids (Cholesteatomata).* Brain, 51, pag. 334, 1928.

CRUVEILHIER J. *The Anatomy of the Uman Body.* English Ed., Harper a. Bros, 1844.

CUSHING H. *A large epidermal Cholesteatomata of parieto-temporal region, ecc.* Surg., ecc., 34, pag. 557, 1922.

CUSHING H. *Tumeurs intracraniennes.* Parigi, Masson, 1937.

DANDY W. E. *Hirnchirurgie.* Leipzig, Barth, 1938.

DAVID, LACROIX, THIEFFRY et BRUN. *Cholestéatome suprasellaire.* Rev. Neurol., t. 65, pag. 379, 1936.

DE MARTEL, GUILLAUME. *Kyste hypophysaire cholestéatomateux chez un enfant, ecc.* Rev. Neurol., t. 69, 384, 1938.

DIVRY et CHRISTOPHE. *Cholestéatome intracranien.* Rev. Neurol., t. 2, pag. 144, 1930.

DIVRY et LECONTE. *Volumineux cholestéatome du cervelet, ecc.* Journ. Belge de Neur. et de Psych., juin, 1936.

DOWNES R M. *Dermoid cyst of the cerebellum.* J. Coll. Surg. Australasia, 2, pagg. 268-270 1929.

FATTOVICH. *Osservazione clinico-anatomica su di un caso di colesteatoma endocranico.* Rass. Studi Psichiatrici, vol. XXVII, fasc. V, 1938.

FORD. *Cholesteatoma of the third ventricle, ecc.* Journal of the Americ. Med. Ass., 82, pag. 1046. 1924.

FRACASSO L. *Su di un caso di colesteatoma cerebrale a sede frontale.* Riv. Sper. di Freniatria, vol. LXV, fasc. 1, 1941.

FRANK. *Ein Fall von Cholesteatom der weichen Hirnhaut.* Inaug. Diss. Marburg, 1892.

GEHUCKTEN, MORELLE. J. Belge de Neur., 40, pag. 134, 1940; v. Z. Bl. f. d. g. Neur. u. Psych., 37, pag. 692, 1940.

GÖRÖG D. *Dermoid of fourth ventricle.* Frankf. Z. Path., 35, pagg. 265-273, 1927.

GUCCIONE. Riv. Sper. di Fren., vol. 52, pag. 35, 1928.

GUIBOUT. *Contribution à l'étude du cholestéatome du cerveau.* Thèse de Lille, 1929.

HARRIENHAUSEN. *Ueber Dermoide im Wirbelkanal neben Verdoppelung des Ruckenmark.* Deut. Zeitschr. f. Nervenheilk, 38, pag. 268, 1909.

HILDEBRANDT G. *Ueber sekundäre Implantation von Haare in Dermoidcysten.* Beitrag path. Anat., 7, pag. 159, 1890.

HLAVA. *Cholesteatoma baseos cerebri,* Rev. Neur., t. 6, n. 9, 1898.

HOLMES J., MC DONALD. *Left temporal cholesteatome.* Proc. roy. Soc. Med., pag. 1520, 1935.

HORNIECEK. *Cholesteatoma subdural und Beziehungen zum sogenannten echten Cholesteatom.* Zentralblat f. d. g. Neur. u. Psych., Bd. 44, pag. 330, 1926.

HORRAX G. *A consideration of the dermal versus the epidermal cholesteatomas, ecc.* Arch. neur. a. Psych., 8, pagg. 265-285, 1922.

HUMISTON C. E. PIETTE E. G. *True cholesteatoma of the caecum.* Journ. Amer. Med. Ass., 84, pag. 874, 1921.

IVANOFF N. J. *Cholesteatom des Ruckenmarks.* Jour. Neur. i Psikhiatri Korsakova, Mosh., 1903, III, Supp S., pag. 280.

JETER. *Cerebellar epidermoid, ecc.* J. Oklahoma N. A., 25, pagg. 461-463, 1932.

KAY F. A., PACK G. T. *Cholesteatome of brain of unusual size.* Arch. of Neur., 19, pag. 446, 1928.

RAY F. A., PACK G. T. *Cholesteatoma of the brain.* Arch. of Neur. a. Psych., v. 19 pag. 446, 1928.

KAKESITA T. *Zur Pathologie der Hirn-Cholesteatome.* Arb. d. Neurol. Inst. a. d. Wien. Univ., 27, pag. 327, 1935.

KARLEFORS J. *A contribution to the Question of the Genesis of the Cholesteatoma*, ecc. Acta Oto-Laryng., 8 pag. 417 1925.

KOPRIWA G. *Demoid cyst of brain*. Med. Klin., 23, pag. 465, 1927.

KRAUSS et SAUERBRUCK. *Kyste épidermoïde intracranien de la région frontale*. Rev. Neur., t. 2, pag. 77, 1913.

KUTVIRT O. *De l'agrandissement de la cavité cholestéatomateuse*. Act. Oto-Laryn, 8, p. 517, 1925.

LANGERAN L. *Le Cholesteatome du cerveau*. Jour. de Médic. de Lyon, mars, pag. 149, 1931.

LANGERON L., LE GRAND A. *A case of cholesteatoma of the base of the brain*, ecc. Bull. Soc. méd. Hôp., Paris, 52, pag. 1570, 1928.

LAUTERBURY W. *Ein Epidermoid frei im Wirbelkanal und seine Kombination mit Hirnläsionen*. Virchow's Arch. ecc., pagg. 240-328, 1923.

LEMAITRE et AUBIN. *Cholestéatome de la fosse cerebelleuse*. Rev. Neur., t. 1, pag. 136 1927.

LOEPP. *Die Cholesteatome des Schädels*. Arch. Ohren, Nasen u. Kehlk., 158, pagg. 65-76, 1934.

LONGHITANO. *Cisti epidermoidi e colesteatomi del sistema nervoso centrale ecc.* Riv. It. di Neuro, psich. ed elettr., 16, pagg. 65-83, 1923.

LUCKE et LANDRON. *Cholestéatome de la base du cerveau*. Rev. Neur., t. 2°, p. 112, 1938.

MC CARTHY D. J. *Cholesteatoma vasculosa of the choroid plexus of the lateral cerebral ventricles*. Proc. Path. Soc. Philad., 7, pag. 233, 1904.

MC FADYEAN J. *Cholesteatoma in the brain of a horse* Journ. Comp. Path., 15, pag. 161, 1902.

ID. *Cholesteatoma in the brain of a horse*. Ibid., 24, pag. 137 1911.

MANGABEIRA-ALBERNAJ PAULO. *Endokranielles Epidermoids (Cholesteatom) der Kleinhirngegend*. Z. Bl. Neur., pag. 504, 1936.

MANLOVE and MC LEAN. *Cholesteatoma of the choroid plexus of the lateral ventricle*. West. J. Surg., 44, pagg. 422,427, 1936.

MARIE P., ROUSSY G. *Un cas de cholestéatome de la base de l'encéphale*. Rev. Neur., 13, pag. 1183, 1905.

MARINESCO G., DRAGALESCO. *Kyste épidormoïde cholestéatomateux de la moelle épinière ecc.* Rev. Neur., 31, pag. 338, 1924.

MARX. *Ein echtes Cholesteatom des stirnbeins*. Beitrag z. Anat. Phys. Path. u. Therapie d. Ohres, Nase u. d. Halsen, Bd. 23, s. 273, 1926.

MEDEA. *Un interessante caso di colesteatoma della base con cisti del lobo frontale sinistro*. Riv. Sper. di Freniatria, vol. LVIII fasc. 3-4, pag. 135, 1934.

MEYER W. R. *Zur Kasuistik der epidermoidalen Cholesteatome des Gehirns*. Virchow's Arch. ecc., 214, pag. 161, 1913.

MELNICHOFF, RASWEDENKOFF. *Ueber epidermoide und dermoide Cholesteatome des Grosshirns und Rückenmarks ecc.* Virchow's Arch., 279, pag. 702, 1931.

MONTGOMERY and FINLAYSON. *Cholesteatoma of the middle and posterior cranial fossae*. Brain a. J. of Neur., pag. 177, 1934.

NEHRKORN. *Ein Fall von meningealer Perlgeschwulst*. Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path., 21, pag. 73, 1897.

OLIVECRONA. *On suprasellar Cholesteatomas*. Brain, 55, 122, 1932.

ORLANDI. *Ueber ein echtes Cholesteatom des Scheitelbeins*. Virchow's Arch., ecc., Bd. 237, S. 119, 1922.

OSLER W. *Case of Cholesteatoma of floor of third ventricle and of the infudibulum*. J. Nerv. Dis., 14, pag. 657, 1887.

PALEARI. *I tumori perlacei cerebrali*. Riv. di Neurologia, a. XII, fasc. III, 1939.

PALLASK. *Ueber die epidermoidalen Cholesteatome der Schädelhole des Pferdes*. Frankfurt. Zeit. f. Path., 43, 126, 1932.

PEACOCK. *Cholesteatomatous tumours of the brain*. Trans. Path. Soc. Lond., 5, pag. 21, 1853.

PICCINELLI. Riv. Oto-neuro-oftalm., vol. 3, pag. 97, 1926.

POLSTORFF F. *Mikrenkephalie und cholesteatomähnliches Epidermoid des Grosshirns bei angeborenen Schwachsinn*. Allem. Zeitschr f. Psy. u. i. Crenz., 116, pag. 165 1930.

PRICE J. A. *Cholesteatoma at the base of the brain*. Trans. path. Soc. Lond. 38, pg. 24, 1886.

PUECH, PLICHET, VISSALI e BRUN. *Cholestéatome intraméaullaire*, ecc. Soc. de Neur. de Paris, juillet, 1936.

RAYMOND F., L'ALQUEIR et COURTELLEMONT V. *Un cas de kyste dermoïde des centres nerveux*. Rev. Neur., 12, pag. 635, 1904.

RAND C. W. *Intracranial dermoid cyst*. Arch. Neurol. a, Psych., 14, pag. 346, 1925.

ROUSSY. *Fausse tumeur infiammatoire avec surcharge cholestéarique*. Congr. de Path. Comparée, 1912.

RUSSEL, RISIEN. *Cholesteatoma in ponto-cerebellar angle*. Proc. of the sorg. soc. of med., v. Zentralblatte Neur., Bd. 17, 1921.

SALOTTI. *Dermoide del midollo spinal*. Arch. It. di Chir., vol. XIX, pag. 135 1927.

SCHOLTZ. *Einige Bemerkungen über das meningeale Cholesteatom*, ecc. Virchows's Arch., ecc., 184 pag. 225, 1906

SCHEFFERD J. *Cholesteatoma of the temporal bone, with the report of an unusual case*. Boston med. and Surg. Jour., 186, pag. 877, 1922.

SMIRNOV. *Ueber epidermoidale intrakranielle Cholesteatome*, Zentralblatt Neur., Bd. 44, pag. 329, 1926.

SOSTEGNI. *Colesteatoma cistico calcificato del pavimento del terzo ventricolo*. Ospedale Maggiore, 17, pag. 173, 1929.

TODESCO J. *Case of suppurating dermoid of cerebellum*. Lancet, 2, pag. 1340, 1927.

TRACHTENBERG M. A. *Ein Beitrag zur Lehre von den arachnoidealen Epidermoiden*, ecc. Virchow's Arch. ecc., 154, pag. 274, 1898.

VEREBELY T. V. *Ein Fall von intravertebralen Dermoidzyste*. Ibid., 213, pag. 541, 1913.

VIRCHOW. *Ueber Perlgeschwulste*. Ibid., 8, p. 371, 1855.

WILKINSON G. *Two cases of cholesteatoma of unusunal size*, ecc. Proc. Roy Soc. Med., 3, p. 832, 1910.

WILKS. *Two cases of cholesteatomatous tumour of the brain*. Trans. Path. Soc. Lond., 10, p. 24, 1858.

WYATT WINGRAVE V. H. *Notes on pathogeny of cholesteatoma*. Proc. Roy Soc. Med., 3, pag. 63, 1910.

RILIEVI E COMMENTI

Può avere significato medico-legale-militare il reperto di radiologo non militare?

Prof. ADELCHI SALOTTI
Fiduc. Nazionale Sezione Tecn. Radiologica del Sindacato Nazionale Fascista Medici.

Con questo titolo il collega Impallomeni in «Sezione Pratica del Policlinico», Anno L, n. 1, pubblica una nota polemica che merita ogni considerazione.

Il problema fu discusso al Raduno Nazionale, come risulta dal resoconto sul Fasc. V del Nuntius, 1942-XX, quale problema collaterale di quello, più vasto ed importante, della valutazione medico-legale-militare del reperto radiologico: relatori Vallebona e Della Santa: specialmente quest'ultimo, da me incaricato di trattare la parte, spinosa, della valutazione medico-legale-militare del reperto radiologico degli Ospedali Militari. Relazione, quella del Della Santa, che provocò discussioni importanti ,e non ottenne, in certi punti, il completo favore dell'assemblea. Relazione che io approvai, non solo perchè il Della Santa è tra i migliori dei miei allievi, ma perchè penso e sento come lui in questo argomento.

Egli infatti, con serena obbiettività, attraverso l'esperienza di alcuni anni di radiologia militare ospitaliera, rilevò alcune dissonanze esistenti tra radiologia civile e radiologia militare, e per esse, *la necessità, da parte dei radiologi civili, di fissare alcune norme nella enunciazione dei reperti, e la opportunità che ogni militare esaminato «civilmente» presentasse i radiogrammi originali al radiologo militare, non solo per il confronto, ma per agevolare la nuova ricerca e fornire elementi utili alla sintesi radiologica definitiva.*

Nella discussione che seguì, io avanzai, fra l'altro, due proposte concrete e cioè: *che il reperto radiologico fosse formulato con i soli elementi radiologici e col minimo di riferimenti clinici; che ogni radiologo civile, prima di iniziare l'indagine, si rendesse edotto della posizione « militare » del soggetto da esaminare, per potere, a sua volta, assumere anche una veste « fiscale »* (io uso questa procedura dall'inizio della guerra scrivendo accanto al nome del soggetto la sua qualifica militare).

Impallomeni nega l'utilità del reperto radiologico civile nella valutazione medico-legale-militare, e riconoscendo al radiologo militare una figura di perito, afferma che questi deve, nella sua funzione, *imprimere alla indagine radiologica un indirizzo medico-legale-militare diverso da quello del radiologo civile.*

Se con questa affermazione Egli intende la necessità di compilare il reperto con formula adatta al giudizio medico-legale-militare, noi possiamo seguirlo, consci delle rotaie talvolta troppo prepotenti, sulle quali deve formarsi ed esprimersi tale giudizio (come ad esempio le parole: « positivo » o « negativo » sul reperto toracico). Ma se, come parrebbe, Egli ritiene che il radiologo militare debba essere non solo radiologo di controllo, ma assumere un indirizzo medico-legale-militare con la sola valutazione *attuale* del malato e senza considerare altri elementi, noi crediamo che tale compito possa difficilmente essere adempiuto, quando non si voglia tener conto di precedenti indagini e della loro documentazione.

Chè se è possibile la frode banale, fortunatamente rara, (alterazioni e sostituzioni di filmi) e se sono possibili errori di interpretazioni delle ombre radiologiche da parte dei radiologi civili, come del resto di quelli militari, nel giudizio definitivo *radiologico* (ripeto radiologico e non clinico, nè medico-legale) la somma degli esami ripetuti, dei documenti radiologici e delle loro interpretazioni permetterà più agevolmente al radiologo militare una sintesi definitiva, più completa o meno inesatta. Conferma questo nostro modo di vedere l'esperienza radiologica civile e militare che ci dimostra, oltre la impossibilità con la sola Xscopia di mettere in evidenza tenui infiltrati attivi del polmone (così frequenti nei giovani) e di esaminare completamente 15-20 o più stomaci e duodeni in un mattino (come debbono purtroppo molti radiologi militari che hanno dovuto aumentare le ore di lavoro e la rapidità delle indagini per necessità contingenti), la conoscenza di molti quadri radiologici evolventi nel tempo con modificazioni che è utile conoscere e controllare per la loro valutazione.

Cosicchè, se fra i « toraci » ed i « digerenti » che il radiologo militare deve esaminare, ve ne sono alcuni, e forse molti, che hanno subìto indagini presso radiologi civili ed in Istituti radiologici che meritano questo nome, non inutile appare prenderne preventiva visione prima di iniziare l'esame che, dal controllo, potrà rilevare elementi importanti per il definitivo giudizio clinico e medico-legale-militare.

Per questo, riconoscendo con Impallomeni, la difficoltà per il radiologo militare di affidarsi sempre ed esclusivamente al reperto radiologico civile, non è da disconoscere la opportunità di tenerne conto o di prenderne conoscenza specialmente quando il reperto stesso appartenga a radiologi consumati ed one-

sti, come molti di noi radiologi italiani riteniamo, a buon diritto, di esser considerati.

Dove invece le difficoltà aumentano, e per questo io presi l'iniziativa del Raduno, con la approvazione del Senatore Bastianelli, è proprio nella « valutazione medico-legale del reperto radiologico » sia esso civile o militare. E per due ragioni: la prima rappresentata da taluni soggetti che del reperto radiologico costruiscono un trampolino di lancio verso la « non idoneità » anche quando il reperto stesso non denuncia alterazioni degne di provvedimenti medico-legali (es. una calcificazione ilare, una periduodenite, un mancato riempimento dell'appendice od una scarsa opacizzazione della colecisti, la velatura di un seno frontale ecc.) ed aggiunsi che « non è ammissibile, in una Nazione in guerra, che lo stesso soggetto, valendosi della diversità di formula e di espressioni dei reperti radiologici civili e militari, possa, su questa diversità, costruire una discussione ed una incertezza, dannose ai fini militari; e, mentre noi affermiamo la completa onestà dei radiologi civili, dobbiamo pur riconoscere la necessità che essi riducano allo stretto rilievo semeiotico le loro deduzioni, lasciando ad altri l'inquadramento clinico ».

La seconda, sostanziale, che riguarda non tanto la radiologia, quanto la medicina legale militare, per cui talune infermità che noi riteniamo conciliabili con il servizio militare, sono ancora ragione di inabilità temporanea o permanente (es. ulceri mucose duodenali, modesti episodi temporanei di duodenopatie cicliche, turbe funzionali del colon che si fanno rientrare nella grande raccolta polimorfa delle cosidette « coliti », esiti in guarigione di lesioni pleuro-polmonari; ecc.) e per le quali molti individui sono sottratti al servizio militare e rinviati ad attività civili spesso più gravose e meno igieniche della vita militare.

Queste alterazioni, rivelate dalla radiologia, non debbono, e questo è il punto importante, assumere nel giudizio medico-legale-militare, un valore tale da far deviare quella valutazione clinica definitiva, che senza esame radiologico avrebbe confermato la idoneità, basandosi su criteri clinici unitari, sia pure più superficiali, ma non per questo errati.

Il problema non investe dunque direttamente la radiologia, ma la riguarda solo come mezzo di accertamento di alterazioni la cui valutazione è e deve essere clinica e medico-legale-militare.

Per concludere: il compito del radiologo militare in guerra è estremamente delicato ed arduo, ed è reso più arduo dalla mole di lavoro che gli è richiesto.

I reperti radiologici « civili », anche se necessitano del controllo militare, debbono essere conosciuti dal radiologo militare, soprattutto per agevolare la ricerca dei quadri importanti da essi segnalati.

Il dovere che ogni radiologo civile ha verso la Nazione in guerra è quello del massimo scrupolo e della massima obbiettività nello studio dei soggetti con obblighi militari, e tale dovere è dai radiologi compiuto non solo per eliminare la frode eventuale, ma anche nel denunciare i vari malati e concorrere così alla efficienza fisica dell'Esercito che pretende soldati sani.

Dobbiamo infine riconoscere che, se ciascuno di noi può ricordare con disgusto fra i propri malati, qualche tentativo di ottenere una convalida radiologica a disturbi soggettivi incerti od inesistenti, molti di noi ricordano come me, con orgoglio di italiani, anche casi di militari, realmente malati, che hanno cercato di tutto per ridurre l'importanza della malattia di fronte al giudizio radiologico e medico-legale, allo scopo di continuare a compiere il proprio dovere che, a qualcuno, è costato la vita.

Siena, febbraio 1943-XXI.

SUNTI E RASSEGNE

VITAMINE.

La vitamina E e le sue applicazioni in neurologia.

(M. MONNIER. *La presse médic.*, 26-29 novembre 1941).

La vitamina E si è imposta all'attenzione dei clinici da quando ne fu realizzata la sintesi dal Karrer di Zurigo nel 1938, perchè solo da allora se ne sono potute somministrare forti dosi nell'uomo e controllarne l'efficacia nelle sindromi neurologiche e ginecologiche.

La vitamina E è un fattore alimentare accessorio liposolubile, le cui qualità specifiche furono scoperte da Evans e Scott nel 1922. Essi avevano notato che animali sottoposti a dieta completa in principi nutritivi presentavano disturbi della riproduzione e sterilità. Questa fu poi potuta mettere in rapporto colla mancanza di una frazione insaponificabile dell'olio di germe di grano, che essi chiamarono vitamina E o della fertilità. Questa stessa sostanza fu poi trovata anche nel riso, nel cotone, nel lino, nell'insalata, nella lattuga e anche in alcuni tessuti animali (pancreas, placenta, ipofisi anteriore, tuorlo d'uovo).

Nel 1936 Evans e Emerson hanno isolato tre sostanze cristallizzate allo stato di allofanato e dotate di proprietà fertilizzanti e le hanno denominate alfa, beta e gamma tocoferolo. Karrer nel 1938 ottenne l'alfa tocoferolo per sintesi.

La vitamina E è quella che si trattiene più lungamente nell'organismo e questo spiega perchè prima di ottenere la sindrome carenziale occorrono molti mesi e perchè l'avitaminosi E non esiste allo stato puro nè nell'uomo nè nell'animale. I disturbi di questa avitaminosi comprendono disturbi della riproduzione, disturbi endocrini e metabolici e disturbi neuromuscolari.

I disturbi della riproduzione consistono per la femmina in una ovulazione e impianto normali, ma con alterazioni placentari che conducono alla morte del feto. Nel maschio si ha degenerazione dell'epitelio germinativo dei testicoli con oligospermia e alla fine atrofia dei testicoli, azospermia e atrofia della prostata e delle vescicole seminali. I disturbi endocrini interessano l'ipofisi, la tiroide, quelli metabolici la creatina, i lipidi e le proteine. I disturbi neuromuscolari si esplicano con paralisi, distrofia muscolare, esoftalmo.

L'A. ha studiato i disturbi neuromuscolari con ricerche sperimentali. Negli animali in stato di avanzata avitaminosi vide atassia delle zampe posteriori con abduzione, allargamento della base di sostegno e incurvamento della coda, inoltre atrofia e paresi delle zampe posteriori, disturbi della coordinazione dei movimenti (dismetria, tremori intenzionali), ipoalgie, ipoosmia, ipoacusia, diminuzione del potere attenzionale, esoftalmo, alopecia, escare, incontinenza urinaria. Istologicamente vide degenerazione delle radici posteriori e dei cordoni posteriori midollari, delle cellule gangliari delle corna anteriori, delle cellule del corno intermedio-laterale, delle radici spinali, dei tronchi nervosi e delle terminazioni nervose intramuscolari e dei muscoli striati a tipo distrofico.

Negli stati precoci di avitaminosi si ha solo irsutismo del pelo, nervosismo, diminuzione del potere attenzionale e delle reazioni istintive di difesa. Sebbene in questo stadio non esistano ancora paresi, istologicamente si osservano già lesioni distrofiche dei muscoli striati. Questo è un elemento a favore dell'origine miopatica primaria delle distrofie muscolari da avitaminosi E. Sembra che l'alterazione muscolare si manifesti prima di quella del tessuto nervoso. Però l'esistenza di una demielinizzazione precoce dei nervi periferici non permette di escludere una componente neurogena.

I fisiologi hanno dimostrato che la vitamina E impedisce lo sviluppo delle paresi se somministrata alla madre durante la gravidanza o al nato nei primi quindici giorni, ma non è capace di far regredire le paresi una volta che si sono prodotte. La stessa azione preventiva ha il d-alfa-tocoferolo sintetico.

Le prime applicazioni terapeutiche con vitamina E nell'uomo furono fatte da Vogt Möller il quale ha curato con olio di germe di grano alcune mielopatie di anemia perniciosa, alcuni casi di tabe, di encefalite cronica, di sclerosi laterale amiotrofica, di distrofia muscolare progressiva, ottenendo risultati incoraggianti. Successivamente vennero i risultati molto brillanti ottenuti da Bicknell nella distrofia muscolare progressiva e i risultati miracolosi di Israel Wechsler, il quale ottenne la guarigione della sclerosi laterale amiotrofica in un caso e il miglioramento in due casi. Venti casi curati poi diedero probabile guarigione in due casi e miglioramento in 11.

Certamente esistono in clinica delle malattie che hanno una straordinaria somiglianza coll'avitaminosi E sperimentale e sono precisamente le distrofie muscolari progressive, la sindrome dei cordoni posteriori e delle fibre radiociari lunghe della tabe e della malattia di Friedreich, la poliomielite anteriore e la sclerosi laterale amiotrofica, come pure le radicolo-nevriti tossico-degenerative.

L'A. ha curato colla vitamina E un caso di malattia di Friedreich e uno di sclerosi laterale amiotrofica. Nel caso di malattia di Friedreich ottenne dopo due mesi di cura con 6 compresse quotidiane di 10 mg. (Ephynal Roche) la scomparsa della sindrome atassica, il

miglioramento notevole della sindrome cerebellare, il recupero della forza del muscolo psoas.

Nel caso di sclerosi laterale amiotrofica con alcune settimane di cura ebbe miglioramento della forza muscolare delle mani, miglioramento dell'eccitabilità neuromuscolare, diminuzione dello steppage e dei tremori fibrillari e scomparsa delle parestesie. Tutti questi sintomi si ripresentarono dopo la sospensione della cura. L.

Sull'alattoflavinosi umana. (Considerazioni sul primo caso osservato in Italia).

(G. BASSI e M. BASSI. *Archiv. di Pat. e Clinica Med.*, fasc. III, agosto 1942).

Manifestazioni cliniche di carenza vitaminica (« alattoflavinosi » secondo Bassi G. e Bassi M.) già rese note da AA. americani quale espressione di carenza esogena, o di carenza secondaria (a disordini metabolici epatici) in Europa da Ballotti, vengono per la prima volta osservate in Italia (fin dall'inverno 1940) dai due AA., e descritte, con ricchezza di dati ed ampiezza di citazioni nel presente lavoro, dopo oltre due anni di studio.

La nota, di 116 pagine, comprendente oltre 180 citazioni bibliografiche, è corredata di 21 figure e di una tavola a colori fuori testo.

L'importanza dello studio clinico dell'alattoflavinosi emerge dalla ricca mole di indagini fino ad ora condotte nel campo biochimico e nell'ambito della sperimentazione sull'animale, l'una e l'altra chiaramente dimostranti il ruolo primario della lattoflavina nell'espletamento di funzioni di vitale e fondamentale valore, alla cui analisi critica è dedicata un'ampia parte del lavoro.

Il caso studiato dai due AA., mentre è tipico per quanto concerne le classiche manifestazioni carenziali (labio-glosso-oftalmopatia) ne comprende altre, o poco note (alterazioni cutanee perianali) o assolutamente nuove, come lo stato del trofismo pilare, caratteri fisionomici mongoloidi misti a note negroidi, e un criptorchidismo bilaterale del soggetto.

Le manifestazioni pilari costituiscono la prima riprova clinica assoluta del valore della lattoflavina nel mantenimento di un aspetto e sviluppo normale dei peli, già segnalato dagli sperimentatori di laboratorio.

Il mongolo-negroidismo ed il criptorchidismo attestano l'esistenza nel soggetto di una originaria tara displasmatica, di un disturbo, cioè, dello sviluppo endo-uterino (probabilmente imputabile ad un disordine ormo-vitaminico materno) al quale i due AA. assegnano il massimo valore nella patogenesi delle manifestazioni carenziali del soggetto, che sono quindi riferibili ad una sorta di incapacità delle cellule ad utilizzare il principio vitaminico, che il soggetto ha certamente introdotto a sufficienza se non ad esuberanza con gli alimenti, e sufficientemente assorbito dal tubo digerente.

Viene così ad essere valorizzato il meccanismo endogeno della carenza, già ammesso da qualche AA. e non sufficientemente valorizzato dalla generalità degli studiosi, più propensi in genere ad ammettere la natura esogena o secondaria della carenza.

Le pagine dedicate alla terapia dell'alattoflavinosi sono ricche della personale esperienza degli AA. che forniscono la diretta documentazione della reale e specifica natura carenziale delle manifestazioni del soggetto, tipiche anche dal punto di vista clinico; nonchè la riprova delle ampie possibilità future in questo campo di studî, anche sotto un pratico aspetto. a. p.

CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

Lehrbuch der Inneren Medizin. 2 volumi, V ediz., 1942. Editore Springer, Berlino, R.M. 52,60.

La V edizione di questo Trattato di Medicina Interna fa seguito a soli 3 anni, alla precedente. Il nome e l'autorità degli autori che svolgono i singoli capitoli, è una garanzia del valore dell'opera. Ogni argomento viene esaminato in modo completo, seppure talora succinto, ed è aggiornato fino alle ultime acquisizioni mediche.

Non si può dire qui che una visione panoramica del trattato. R. Siebeck nella introduzione definisce il concetto e la posizione della medicina, del medico e dei malati nelle loro multiformi manifestazioni organiche e funzionali. È sottolineata la necessità che la medicina generale mantenga fra tutte le specialità, la sua posizione centrale, dominante, sì da ridurre i pericoli della eccessiva specializzazione che è il resultato incontestabile del progresso medico. Siebeck tratta pure l'eredità in patologia umana. Le malattie infettive in genere con i problemi di patologia generale attinenti sono svolti da uno dei più competenti in materia, da Doerr.

Staehelin tratta della terapia generale delle malattie infettive e della patologia speciale e terapia delle singole malattie infettive. Sarebbe solo da dire che a proposito della terapia della ondulante poteva forse trovare maggior posto la terapia specifica endovenosa come la Scuola Italiana ha indicato.

Le malattie del circolo sono svolte da Nonnenbruch con la terapia e la parte elettrocardiografica.

Nonnenbruch tratta pure le malattie del mediastino. Le malattie degli organi del respiro sono svolte da Assmann, compresa la tubercolosi, con le sue moderne teorie di insorgenza, di diffusione ecc. Stepp svolge il capitolo delle malattie dell'apparato digerente, Eppinger la patologia generale e speciale del diaframma, v. Bergmann e Stroebe le malat-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

tie del fegato e delle vie biliari, fra cui sono da sottolineare le colecistopatie nelle quali v. Bergmann ha portato a così notevoli progressi. Il primo volume termina con le malattie del pancreas svolte da Katsch.

Nel secondo volume: le malattie del ricambio idrico e salino, le nefropatie e le malattie degli organi urinari sono pure in esame da Straub e Beckhann; le malattie del ricambio e dell'alimentazione da Grafe; le malattie delle ghiandole a secrezione interna da Eppinger; le malattie del sangue e degli organi emopoietici da Schittenhelm; le malattie degli organi di movimento da Assmann; le malattie nervose da Hiller; le reazioni neurotiche e i disturbi funzionali del sistema neurovegetativo da Siebeck;: gli avvelenamenti da Schoen; le malattie da irradiazioni radioattive da Schittenhelm.

Termina il volume la terapia generale svolta in modo completo da Bohnenkamp; questo capitolo riguarda tutta la terapia fisica, psichica, medicamentosa, dietetica e si ricorda infine la parte tecnica alle varie principali manualità mediche. Come si è detto, nel manuale c'è tutta la medicina svolta in modo perfetto dai migliori esponenti della medicina tedesca. L'edizione, che esce in pieno periodo bellico, per la stampa, la carta, le illustrazioni è più che degna delle migliori tradizioni della stampa medica tedesca. F. C.

M. BOGLIO. *L'arte divina*. Ed. Medici Domus, Milano, 1942. L. 16.

Ancora un libro di un medico letterato: che segue a molti altri, nostrani e stranieri, usciti in questi ultimi anni e che abbiamo visto far bella mostra di sè nelle vetrine dei librai con soprafascie invitanti il disattento lettore a notare che si trattava di una « novità » curiosa, promettente.

Siamo in genere non ben disposti verso il medico che fa della letteratura trasportando alla massa del pubblico episodi di vita di medici o di malati sia che esalti ad ogni costo la nostra professione fino a farla assurgere in ogni caso ad una missione di umanità, sia che denigri con acerbo malanimo l'opera dei medici. I profani della medicina leggono avidamente queste cose, avvolte dai veli di un certo mistero, così come volentieri vedono sullo schermo gli ormai troppi film, nei quali è fatto rivivere il dramma di un intervento chirurgico. Ma le conclusioni alle quali il lettore arriva sono sempre errate: raramente in bene, quasi sempre in male; e la figura del medico in ogni epoca così crocefissa, non acquista ammiratori. Il discorso andrebbe ancora troppo lontano sulla tendenza così diffusa di volgarizzare la medicina in riviste e giornali destinate al vasto pubblico dei lettori. Quale può essere lo scopo, se non di soddisfare una curiosità limite a sè stessa, di mostrare in una serie di fotografie più o meno riuscite e di descrivere un intervento chirurgico, ad esempio, in un settimanale di grande tiratura? In medicina, forse per un istinto atavico, ognuno, incompetente, vuole dire la sua: la volgarizzazione aumenta questo stuolo di persone che credono di sapere a tutto danno della società.

Boglio, medico, ha scritto questo libro con una vena sicura e sopratutto con una assoluta convinzione di quello che dice: vi è in queste pagine un modo schietto e franco di esporre fatti e idee, che piace. Una dote che va subito rimarcata e che spiega molto di quanto si legge. Il libro è una esaltazione del medico italiano, fatta in modo non organico, ma attraverso vari capitoli che si ricollegano nell'intento ultimo. Vi è una descrizione della vita studentesca di tempi lontani ormai superati, quelli vissuti dall'autore; una esaltazione dei Maestri con due riuscite inquadrature di Raffaele Bastianelli mentre opera e di Raffaele Paolucci che dice la sua lezione agli studenti. Dopo i medici, i clienti: figure apparse nella lunga consuetudine della professione colle loro stranezze e i loro impulsi.

Una lunga teoria, non completa (e l'autore lamenta la mancata collaborazione... dei colleghi) di medici che nelle pause della loro attività, nelle aule universitarie o nelle lontane condotte, trovano il tempo di dedicarsi a una loro passione per l'arte dello scrivere, del dipingere o dello scolpire. Con esempi e illustrazioni che dicono al lettore quanta bellezza di intenti e di opere sia in queste anime di artisti, che anelano a superare le inevitabili angustie della vita di tutti i giorni. Infine l'opera sociale, anticipatrice di idee nuove, quelle che vibrano nell'atmosfera dei nostri giorni e alle quali i medici già in epoche lontane dedicarono opere e scritti, inascoltati. Tutti motivi di merito della classe sanitaria, senza dubbio: ma poichè Boglio voleva fare una esaltazione del valore del medico italiano non era forse senza utilità dire quanto i medici italiani hanno contribuito in tutti i tempi al progresso della medicina, in tutti i campi e come anche oggi essi combattono la loro dura battaglia senza encomi o ricompense. Poichè è inevitabile che oltre le eventuali doti di poeta di pittore e di scultore, deve essere in un medico ammirata la sua virtù di medico.

BENDANDI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA

Polineuromiosite sulfamidica.

C. Auguste, J. Driessens e J. Paris (*Presse Médic.*, 24 ottobre 1942) hanno descritto un caso di polineuromiosite da sulfamidici paragonabile esattamente ai numerosi casi descritti in vari paesi.

Si trattava di un uomo di 48 anni che, dopo un mese di febbre, fu riconosciuto affetto da meningite da meningococco B. La sintomatologia meningea scomparve rapidamente per opera della sulfamidoterapia intensiva, che fu continuata poi per un mese circa, cioè fino a quando scomparve anche la febbre. Complessivamente il malato prese 300 gr. di sulfamidici. Alla fine di questa cura comparvero disturbi paralitici agli arti inferiori curati senza successo con vitamina B_1 e stricnina.

All'esame obbiettivo il paziente appariva paraplegico, aveva atrofia degli arti inferiori più marcata nella parte distale, meno alla coscia, accompagnata da contrattura muscolare incostante. Presentava inoltre alla pianta del piede sinistro un'escara circolare, indolora e insensibile, del diametro di 5 cm. ed ipoestesia del territorio del nervo tibiale posteriore. I movimenti passivi erano ostacolati dalla contrattura a livello delle ginocchia. Erano aboliti i riflessi achillei, mentre i rotulei erano presenti e vivaci.

Furono fatti prelevamenti di frammenti muscolari per biopsia. Mentre i frammenti del deltoide e del crurale, che presentavano il primo funzione e aspetto normali e il secondo lieve atrofia, apparivano microscopicamente normali, i frammenti del tricipite surale che era completamente atrofizzato avevano aspetto macroscopico di carne lavata e microscopicamente presentavano gravi lesioni trofiche.

Dopo tre mesi di cura stricninica associata a vitamina B_1 scomparvero le contratture, mentre i movimenti dei muscoli paralizzati non ricomparvero più.

Gli AA. ritengono che in questo caso si può escludere che causa delle alterazioni descritte potessero essere la meningite meningococcica e la puntura lombare e successiva iniezione endorachidea di sulfamidici e che la causa si debba ricercare nella dose di sulfamidici somministrata per bocca e che è stata veramente eccessiva.

Contrariamente all'opinione di Schachter la prognosi di queste polineuromiositi sulfamidiche è gravissima. L.

Acidosi nefrogena da antisettici urinari acidi.

In pazienti affetti da ostacoli nelle vie urinarie efferenti si manifesta talora uno stato di acidosi, che dipende da alterazioni pato-fisiologiche del parenchima dei reni. Il parenchima renale perde la capacità di formare ammoniaca che in condizioni normali lega vari prodotti acidi del ricambio. Questi prodotti acidi non vengono nemmeno eliminati, l'organismo è quindi costretto, dice V. Aalkjaer (*Münch. Medizin. Wochenschr.*, 2 ottobre 1942), a neutralizzarli attingendo alla riserva alcalina del sangue, che quindi diminuisce sempre più. I sintomi clinici della acidosi sono molto vaghi: i pazienti sono pigri, apatici, senza appetito, la lingua è secca, l'urea nel sangue è alta, i bicarbonati del plasma sono scarsi. La cura consiste nella somministrazione orale o parenterale di bicarbonato, in quantità corrispondente al peso del paziente e al valore dei bicarbonati nel suo plasma (iperdosaggio potrebbe provocare alcalosi e quindi tetania).

L'effetto della cura è immediato. Pazienti affetti da ostacoli delle vie urinarie si trovano a volte in stato di acidosi latente, che solo un ulteriore carico rende manifesta. Tale carico può essere rappresentato da antisettici urinari acidi, il cui uso è tanto comune. È bene conoscere la possibilità di questa acidosi, i cui sintomi sono molto vaghi: in questi pazienti già deboli l'acidosi è già per sè stessa uno stato pericoloso; altro pericolo è il fatto che lo stato viene facilmente scambiato per uremia genuina. Nella cura di individui affetti da ostacoli delle vie urinarie inferiori, con antisettici urinari acidi, si dovrebbe spesso dosare la acidità dell'urina. Se nonostante un sufficiente dosaggio del rimedio acido, la urina non presenta un sufficiente grado di acidità questo può essere un segno che i reni non sono in grado di eliminare tali sostanze acide, che quindi vengono ritenute dall'organismo. Questa scarsa acidità nell'urina, unita a vaghi sintomi di malessere, devono far sospettare una intossicazione acida provocata dal medicamento. È allora indispensabile sospendere immediatamente la somministrazione. È allora anche consigliabile praticare un dosaggio dei bicarbonati del plasma e, se questo dimostra una sensibile riduzione, ricorrere alla somministrazione quantitativamente dosata di bicarbonato di sodio, per bocca in tavolette oppure per via endovenosa o sottocutanea (soluzione isotonica 1,3 %). P.

Trattamento dei dolori lancinanti tabici con iniezioni di iodio nello spazio subaracnoideo spinale.

Le crisi dolorose tabetiche sono state curate finora, oltre che cogli stupefacenti, col nitrito di sodio, col blu di metilene associato ad antalgici e ad antipiretici, coll'atropina per via endovenosa e con interventi chirurgici, oltre che alla cura antiluetica.

P. Maspes e G. Gomirato (*Minerva Medica*, 28 settembre 1942) hanno voluto provare la cura proposta da Buscaino per le malattie neurassiche e perineurassiche, partendo dal fatto anatomopatologico che nella tabe si ha una neurite radicolare per flogosi meningea sifilitica con processo anatomico che si svolge esclusivamente nella regione posteriore in vicinanza del ganglio.

Fu seguita la tecnica indicata da Buscaino: due iniezioni endorachidee di preparato iodico alla settimana, iniziando con 1/2 o 1 cc. e aumentando successivamente di 1/2, 1, 2 cc. ogni volta, secondo la reazione provocata dalla reazione precedente.

Ogni iniezione provoca, tre ore dopo, una riacutizzazione dei dolori e la loro intensità si va attenuando col proseguimento della cura, nonostante l'aumento delle dosi di triod.

I malati così curati sono stati 18, tutti con tabe inveterata e con predominante sintomatologia dolorosa. Si sono avuti 8 guarigioni, 8 miglioramenti e 2 insuccessi. I due insuccessi dipendevano dall'impossibilità di proseguire la cura per la violenza dei dolori che la cura provocava. Non si ebbe nessun inconveniente dovuto alla reazione meningea, in nessun caso si è avuto a temere per la vita del malato, anzi in tutti si è avuto anche un miglioramento dello stato generale e in alcuni casi anche della atassia e dei disturbi sfinterici.

Gli AA. ritengono che questo metodo di cura sia superiore a tutti gli altri proposti fino ad oggi. L.

VARIA

Lo spirito d'indipendenza dei medici di Napoleone.

Napoleone durante tutte le sue campagne curò molto il servizio sanitario delle armate, al quale furono preposti chirurgi di gran valore, che erano per altro uomini risoluti e capaci di tener testa alle intemperanze del dominatore.

G. Gualtieri (*La lettura del medico*, maggio-giugno 1942) ricorda al riguardo che Renato Nicola Desgenettes, medico capo dell'armata d'Italia e d'Egitto, si rifiutò sempre di avallare l'affermazione di Napoleone, fatta per ragioni politiche, che le enormi perdite subite in Egitto erano da attribuirsi alla peste. L'imperatore cercò di vincere la riluttanza del medico, finchè perduta la pazienza disse: « Siete tutti dello stesso stampo voi medici, chirurgi e farmacisti. Lascerete morire un esercito piuttosto che abbandonare un principio della vostra scuola ».

Queste parole eccitarono la collera di un giovane e valoroso medico militare, il dott. Pugnet, che indirizzò a Napoleone una lettera rimproverandogli il suo egoismo e la sua ambizione e ricordandogli che i medici senz'altra ambizione che il bene dell'umanità spendevano la loro vita a riparare i mali causati da lui e dai suoi simili.

Giovanni Larrey fu il chirurgo più apprezzato da Napoleone. Aveva fatto le campagne d'Italia, d'Oriente, di Germania, di Spagna e di Russia, e aveva organizzato su basi originali quanto efficaci il servizio di assistenza alle truppe.

Anch'egli sosteneva a viso aperto la propria opinione senza piegare al comando e talvolta alle invettive del generale.

È noto, tra l'altro, con quanto calore egli sostenne la falsità dell'asserzione che i soldati si autolesionassero alle mani perchè stanchi della guerre. Fece accurate indagini i cui risultati espose in una relazione che presentò personalmente all'Imperatore.

— Ebbene, signore — questi chiese — vi ostinate ancora nella vostra opinione?

— Più che mai, Sire, e vengo a dimostrarla a Vostra Maestà. Questi bravi ragazzi erano ignobilmente calunniati. Ho speso molto tempo nell'esame più rigoroso delle loro ferite e non ho trovato un colpevole. Non c'è uno di essi che non abbia il suo verbale in piena regola. Qui fuori ho un intero archivio. Vostra Maestà può esaminarlo a suo agio.

L'Imperatore continuava a guardarlo con occhio severo.

— Sta bene, signore — rispose strappandogli di mano il rapporto — me ne occuperò.

E si mise a camminare su e giù per la stanza come chi è combattuto da opposti pensieri. Poi soffermandosi dinanzi a Larrey e diventando a un tratto sorridente, gli strinse affettuosamente la mano dicendogli:

— Grazie, Larrey, un sovrano è ben contento di aver che fare con un uomo come voi. Vi porteranno i miei ordini.

La sera stessa Larrey ricevette, da parte di Napoleone, 6000 franchi in oro e una pensione, sulle casse dello Stato, di 3000 franchi, « senza pregiudizio — così era scritto nel decreto — di qualsiasi altra ricompensa meritata per l'anzianità e per i futuri servizi del beneficiario ».

DR.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

L'assistenza malattia agli operai reduci dalla Grecia, dal Montenegro e dalla Croazia.

Analogamente a quanto è stato a suo tempo disposto per gli operai reduci dal lavoro in Africa Italiana e nelle Isole dell'Egeo, con accordo stipulato tra la Confederazione fascista degli industriali e quella dei lavoratori dell'industria, in data 30 giugno c. a. si è provveduto a stabilire che il rapporto di iscrizione, alle Mutue del Regno, degli operai che si sono recati o si recano a lavorare nei territori della Croazia, del Montenegro e della Grecia, si considera sospeso a tutti gli effetti sino al ritorno degli operai stessi nel territorio della Madre Patria, e che da tale data, pertanto, ha inizio o ripresa la decorrenza del termine di cui all'art. 30 dello Statuto interconfederale 3 gennaio 1939-XVII delle Mutue di malattia degli operai dell'industria.

Tale articolo, come è noto, dispone la sopravvivenza, rispettivamente per mesi due e per mesi sei, del diritto da parte dell'operaio disoccupato o sospeso dal lavoro, alle prestazioni mutualistiche di natura economica ed a quelle di natura sanitaria.

L'attività del Consorzio provinciale di Milano per la lotta antitubercolare.

Si è riunito il 2 u. s. il Comitato amministrativo del Consorzio provinciale antitubercolare, sotto la presidenza del gr. uff. prof. Carlo Baslini, in assenza del presidente cons. naz. Marinotti.

Il direttore del Consorzio ha riferito dettagliatamente sull'attività svolta durante l'anno 1942 dal dispensario centrale e dalle sezioni dispensariali urbane e foresi, attività che appare veramente imponente, ove si consideri che vennero eseguite complessivamente 101.092 visite mediche, 8520 inchieste domiciliari, 15.296 pneumotoraci.

Numerose furono, inoltre, le spedalizzazioni d'infermi, come pure intensa fu l'azione preventoriale a favore di oltre 3600 bambini ricoverati nelle colonie montane e marine.

Anche i servizi radiologici svolsero una cospicua attività e vennero dotati di nuovi moderni apparecchi d'indagine, tra i quali merita speciale menzione la Stazione schermografica, entrata in funzione nell'ottobre decorso.

Il Comitato ha poi approvato il preventivo dell'esercizio 1943, il quale pareggia in L. 10.700.000, ed il consuntivo 1941, da cui emerge, alla fine della gestione, un avanzo di amministrazione di L. 917.315,65, in parte destinato a vantaggio del bilancio corrente.

Successivamente, il Comitato ha nominato i revisori del conto 1942 ed ha adottati vari provvedimenti a favore del personale consortile, tra i quali meritano di essere ricordati l'istituzione di una mensa presso il dispensario centrale e la estensione ai dipendenti del Consorzio delle provvidenze disposte a favore del personale statale in seguito ad offese nemiche.

Infine il Comitato ha deliberato la istituzione del posto di radiologici presso il dispensario centrale, ed introdotte alcune modifiche nel regolamento pel personale medico e di assistenza.

CONCORSI

Concorsi a premi.

Concorso « Massimo Piccinini » per la Medicina coloniale).

La R. Università di Roma ha bandito anche quest'anno il « Concorso al Premio Massimo Piccinini » per la Medicina coloniale. Il Concorso si chiude il 31 dicembre del corrente anno e i lavori dei concorrenti dovranno per tale data essere pervenuti al Rettore della R. Università di Roma. Il premio è di L. 5000. Vi possono partecipare i medici italiani laureati in qualsiasi Università del Regno.

Altri concorsi « Massimo ed Elide Piccinini ».

Pure presso la R. Università di Roma è aperto (scadenza fine di giugno del corr. anno) altro Concorso « Massimo Piccinini » (lire cinquemila di premi) per uno studio sulle Università italiane.

La « Società Italiana per il Progresso delle Scienze » (Roma) bandisce pure un Concorso « Massimo Piccinini » per lavori sulla storia delle Universcità italiane e storia della medicina di Roma antica (Premio lire cinquemila. Scadenza al prossimo Congresso della S.I.P.S.).

Altri Concorsi sono pure aperti presso la R. Università e Istituti Ospedalieri di Milano (Medicina coloniale, Idrologia, Storia della medicina con particolare riguardo ai contributi della Chiesa Cattolica), presso l'Accademia di storia dell'Arte Sanitaria (Roma), presso le Università di Firenze, Parma, Pisa.

Per ulteriori informazioni su ciascuno di questi Concorsi rivolgersi alle Segreterie delle Università o dei singoli Enti.

Presso la R. Università di Pavia si effettuano ogni anno tre Concorsi Piccinini, dei quali uno riguarda la Farmacoterapia sperimentale (lire 2500) e possono prendervi parte tutti i cittadini italiani che presentino lavori di Farmacoterapia sperimentale, o che in altro modo dimostrino benemerenze in questo campo di studi. (Scade il 30 novembre 1943-XXII).

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

RICOMPENSE AL VALOR MILITARE.

Alla memoria dello studente in medicina Adalberto Pierino Orlando, dell'Università di Bari, caduto combattendo sul fronte di Tobruch il 22 aprile 1941, è stata decretata la massima distinzione militare: la medaglia d'oro.

Il prof. Renato De Nunno, straordinario per le malattie infettive all'Università di Sassari, è trasferito alla cattedra di patologia spec. med. e metodologia clinica dell'Università di Perugia.

In esito a concorso sono nominati titolari di cattedre di clinica delle malattie tropicali e subtropicali i proff. Giuseppe Acanfora a Modena e Mario Girolami a Bologna.

È stata conferita la medaglia d'argento al merito della Sanità pubblica al prof. Federico Brunetti, per l'opera svolta nella Colonia preventoriale della C.R.I. in Essego (Bassano).

Il direttore dell'Istituto di ricerca di eredobiologia a Alt-Rehse (Meckelemburgo), professore onorario dott. Hermann Boehm, è nominato direttore dell'istituto per lo studio delle razze e dell'eredità nell'Università di Giessen.

NOTIZIE DIVERSE

Ambulatori polivalenti della Croce Rossa Italiana in Corsica.

Viene annunciata dalla Corsica la prossima apertura di quattro ambulatori polivalenti della Croce Rossa Italiana dislocati a Bastia (con dipendenza a Casamozza), Portovecchio, Aleria e Vico (con dipendenza ad Ajaccio).

Tali ambulatori, oltre che servire per le nostre truppe, veranno messi a disposizione della popolazione civile. Essi saranno forniti di tutto il materiale e di tutti i medici e specialisti necessari per assicurare un servizio medico completo sia per la medicina generale che per le più importanti specialità, e disporranno di vari automezzi onde permettere il trasporto dalle zone circostanti degli ammalati impossibilitati a muoversi e poter assicurare un pronto intervento nei casi di urgenza. Oltre a ciò gli ambulatori saranno forniti di una abbondante dotazione di medicinali, da essere distribuiti alle popolazioni delle zone limitrofe ed ai medici corsi locali.

La direzione del servizio sarà stabilita a Bastia dove è stata pure posta la sede di un magazzino generale per il materiale di riserva.

I primi ambulatori fatti funzionare sono quelli di Bastia e di Portovecchio. Per il mese di febbraio è stata annunziata l'apertura di quelli di Aleria e di Vico.

Con tali provvidenze la Croce Rossa italiana sviluppa su basi più ampie l'attività già iniziata dalla nostra Sanità militare, che fin dall'inizio dell'occupazione provvide ad aprire le sue infermerie a tutti i civili.

Propaganda antinfortunistica nei Refettori Materni dell'O. N. M. I.

In seguito ad accordi presi dall'E.N.P.I. con la Direzione dell'O.N.M.I. si vanno svolgendo raduni di propaganda presso i Refettori Materni, ove le madri sono ammesse qualche mese prima del parto e fino al quinto o sesto mese di allevamento. Esse si trovano quindi in un momento psicologico quanto mai adatto per apprezzare gl'insegnamenti che vengono loro impartiti per la tutela della integrità fisica dei loro figlioli. Le conferenze si svolgono mentre le madri consumano la refezione. Esse toccano rapidamente i punti fondamentali del problema antinfortunistico: statistica, cause, casistica, mezzi di prevenzione. Vengono poi distribuiti stampati di propaganda. Dopo i raduni la Direzione dell'E.N.P.I. inizia l'invio regolare di « Leggetemi! » in omaggio, affinchè ogni mese l'assistenza sanitria dell'O.N.M.I. preposta al refettorio possa leggere alle madri quanto la rivista contiene di più adatto a loro, come madri e come operaie; così la prevenzione degli infortuni domestici darà i suoi benefici frutti anche nelle officine.

Nave ospedale germanica silurata presso Biserta.

Si ha da Berlino, 20 febbraio: Si apprende da fonte militare che sottomarini britannici hanno affondato, il 5 dicembre dello scorso anno, nel Mediterraneo, la nave ospedale tedesca « Graz ».

La nave ospedale aveva lasciato il 3 dicembre un porto italiano per imbarcare a Biserta feriti. Quando già le coste africane erano in vista, durante le prime ore del 5 dicembre, mentre la nave ospedale navigava completamente illuminata e con distintivi della Croce Rossa ben visibili essa veniva colpita da siluri e poco dopo affondava.

Ad opera di navi-vedette italiane sono stati salvati 17 soldati di sanità tedeschi; un ufficiale medico della Marina italiana e 39 membri dell'equipaggio, pure di nazionalità greca, sono andati dispersi.

Azioni giudiziarie.

Nel dicembre 1938 la sig.ra T., in villeggiatura alla Vandea, si fratturava una gamba. Si faceva curare dal medico locale, dott. X, che provvedeva alla riduzione e ad applicare un apparecchio gessato. Il piede risultò leggermente deforme e i massaggi non valsero a rimediarvi. La paziente intentò causa, chiedendo un indennizzo di 250.000 franchi; il Tribunale civile delle « Sables d'Olonne » accordò un indennizzo di 50.000 franchi, ma la Corte d'Appello di Poitiers ha ora assolto il medico, perchè questi non può mai garantire il buon esito delle cure ed è responsabile solo in caso di negligenza, imprudenza o incapacità manifesta. La Corte ha condannato la parte agente a corrispondere al medico gli onorari e a sostenere le spese di giudizio.

Contro lo stesso dott. X si è svolto un altro processo, intentato da una malata cui egli aveva applicato i raggi Roentgen; ne era derivata una radiodermite ribelle a ogni cura; veniva chiesto un forte indennizo. Il Tribunale civile delle « Sables d'Olenne » condannò il medico; la Corte d'appello di Poitiers ha ora confermato la condanna, considerando manifeste le gravi conseguenze determinate dalla cura, per mancanza di precauzioni o per tecnica difettosa.

Un processo per violenza privata si è svolto il 16 febbraio al Tribunale di Verbania. Secondo la denuncia, valendosi della facoltà concessa ai genitori di far praticare le iniezioni antidifteriche obbligatorie ai loro figli anche dal medico di famiglia, il dott. Gagliardini di Vogogna affidava l'incarico al dott. Monaco, che praticava una prima iniezione. Il medico condotto dott. Luigi Trincavalli, di 48 anni, qualche giorno dopo si presentava alla scuola frequentata dal piccolo Giorgio Gagliardini per praticare al bimbo la seconda iniezione. Nonostante la viva opposizione del piccino, il dott. Trincavalli praticava l'iniezione. Il fatto provocò una denuncia a carico del dott. Trincavalli. Il Tribunale, in esi-

to alle risultanze processuali, lo ha condannato ad un mese e 10 giorni di reclusione con il condono.

Un po' dovunque.

Un corso complementare d'igiene pratica per aspiranti ufficiali sanitari è indetto presso la R. Università di Pavia, a partire dal 1° marzo, per la durata di due mesi; contributo L. 401.

Con la fine dell'anno accademico in corso l'Ateneo romano verrà ad essere privato di tre Maestri della medicina: i proff. Pier Ludovico Bosellini, Dante De Blasi, accademico d'Italia e sen. Luigi Spolverini, per raggiunti limiti d'età.

La Croce Rossa Italiana ha comunicato le norme per la spedizione di medicinali ai prigionieri di guerra: l'invio può esser fatto solo da ditte farmaceutiche e pel tramite dell'Ufficio Prigionieri della C.R.I., via Puglie 6, Roma.

L'Istituto ospitaliero provinciale per la maternità di Milano, già Asilo provinciale di maternità con sede in via Macedonio Melloni 52, ha decentrato provvisoriamente i propri reparti per gestanti e ammalate povere, in un attrezzato padiglione situato a Mombello di Limbiate. Le accettazioni per il padiglione di Mombello si effettuano previa visita presso gli ambulatori in via Macedonio Melloni.

Dopo due mesi d'attività in Grecia, il dott. Schneider, che era stato incaricato, sotto il patrocinio della Croce Rossa Svizzera, dal Comitato d'azione di soccorso, di collaborare con alcuni specialisti svizzeri alla confezione di apparecchi protesici per i mutilati dell'esercito greco, è rientrato in Svizzera con la maggior parte dei suoi assistenti.

Il dott. Ernesto Guglielminetti, originario di Briga (Svizzera), al quale si deve l'idea della incatramatura delle strade, e che perciò suol essere designato come «il dottor Catrame», ha compiuto l'80° compleanno. In tale occasione il Consiglio di Stato del Cantone di Ginevra gli ha inviato le proprie felicitazioni ed ha ricordato come la città di Ginevra sia stata la prima a riconoscere l'importanza della scoperta.

L'amministrazione della Cassa di Risparmio delle Provincie Lombarde per solennizzare la nascita della Principessa Beatrice di Savoia ha stanziato un milione di lire da destinarsi al potenziamento dell'attività svolta nelle provincie lombarde dall'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, a mezzo dei refettori materni, per l'assistenza alle madri e bambini delle famiglie dei combattenti e dei richiamati.

La Banca Nazionale del Lavoro ha offerto un contributo straordinario di L. 200.000 alla Casa della Madre e del Fanciullo che il Duce, in occasione della nascita dell'A. R. la Principessa Beatrice di Savoia, ha deciso sia eretta in Roma ed intitolata al nome dell'Augusta Principessa.

Nella Facoltà medica di Roma si è istituita la cattedra di antropologia criminale per dieci anni (a partire dell'anno accademico 1942-43), cioè per la durata di una convenzione stipulata tra l'Università, la Società italiana di antropologia criminale e la sig.ra G. Ferri in Cassinelli nei riguardi del finanziamento; salvo proroghe, in seguito a rinnovazioni tacite od esplicite della convenzione stessa.

Ad Amburgo sono state organizzate piccole sale operatorie nei rifugi ospedalieri sotterranei; vi funzionano impianti di aerazione, riscaldamento, refrigerazione, acqua corrente calda e fredda, luce, telefoni ecc. Sono fiancheggiate da piccole corsie per i malati. Servono anche per i parti d'urgenza.

Agli istituti di cura, ospedali, sanatori ecc. in Germania si sono accordate riduzioni di tasse e imposte, quando il 40 % almeno delle giornate annue di degenza riguardino i soggetti alle assicurazioni sociali o alla pubblica assistenza o malati a pagamento della ultima classe.

In Ungheria si è iniziata la raccolta dei pancreas nelle macellerie di provincia, per fronteggiare i bisogni d'insulina.

La Federazione svizzera dei pratici di massofisioterapia ha tenuto a Ginevra il suo 16° congresso annuale. Il prof. Besse, direttore dell'Istituto di fisioterapia, presentò un esposto sui metodi e le manovre di massaggio e loro applicazioni; seguì una dimostrazione pratica, della signora Decosterd. Il dott. Walhard, medico aggiunto nello stesso Istituto, trattò di alcune modalità d'applicazione della termo- e della fototerapia. Infine venne proiettato un documentario di anatomia.

I medici scolastici di Berna hanno lanciato un ammonimento contro i danni dell'ora estiva, la quale obbliga i ragazzi a levarsi troppo presto, mentre essi hanno bisogno del sonno mattutino; l'orario estivo risulterebbe dannoso anche agli adulti.

Nell'Ospedale di Foggia sono state ricoverate due giovanette, Lelia ed Assunta Barrisi, di 13 e 15 anni, per grave avvelenamento da semi di ricino; altre bambine che avevano assaggiato questi semi hanno riportato intensi dolori addominali.

A Piave di Teco la signora Kaltenhauser ha avuto due gemelli nati il 31 dicembre 1942 e il 1° gennaio 1943, cioè in anni diversi.

In una fabbrica di conduttori elettrici a Milano una fuga di gas ha determinato un grave avvelenamento di quaranta operaie; trasportate in ospedale, circa la metà dovettero rimanervi ricoverate.

A Padova certo A. Graziani, di 52 anni, ha ucciso per pietà la propria madre e poi si è costituito alla Polizia.

A Napoli il dott. Nicola Pernice, mentre saliva su di un marciapiedi, è stato investito da un auto, riportando lesioni piuttosto preoccupanti; venne ricoverato all'Ospedale dei Pellegrini.

Il generale tedesco von Bombard ha compiuto, a Prien, il suo 102° compleanno. Partecipò alla guerra franco-prussiana del 1870 ed è il più anziano titolare della Croce di Ferro.

A Barcellona, sotto il patrocinio dei Laboratori Robert e col concorso del Gruppo artistico del Collegio dei medici della città, si è organizzato

un concerto strumentale e vocale, in occasione del 10° anniversario della fondazione del Gruppo; vennero eseguite opere originali di medici: composizioni religiose di Letamendi, oratorî di Galicó e brani scelti di un'opera di Serra de Martinez.

A Roma nella sede della G.I.L. femminile del Gruppo Trevi Colonna è stato inaugurato un corso di pronto soccorso organizzato dall'Ispettorato femminile della G.I.L. dell'Urbe; nel Gruppo Trevi Colonna è stato organizzato un corso di puericultura per Giovani Fasciste e Giovani italiane.

Il 15 febbraio è morto a Padova, in età di 61 anni, il prof. GIOVANNI CAGNETTO, titolare della cattedra di anatomia e istologia in quella Università. Era nato a Venezia; si era laureato a Padova; era stato primario nell'Ospedale di Venezia e poi insegnante negli Atenei di Sassari e di Cagliari; nel 1924 fu chiamato allo studio padovano. Era un valente studioso. Presiedeva la Lega italiana per lo studio e la cura dei tumori maligni. M.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Rif. Med., 17 ott. — F. VOLPE. Ricambio intermedio degli idrati di carbonio nel sano e nel diabetico.

Deut. Med. Woch., 30 ott. — WESTPHAL e KIRCHNER. Gli ormoni sessuali nell'angina pectoris e nelle malattie del miocardio. — GÜLZOW. Gli ormoni sessuali nell'ulcera g. e nella gastrite.

Wien. Klin. Woch., 30 ott. — E. NEVRATIL. Collasso ostetr. — W. BRAU. Avvelenam. ossicarbonico del cuore.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME L — Roma, 8 Marzo 1943-XXI — Num. 10

"IL POLICLINICO,"

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinica Medica di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PAVIA

Direttore: Prof. P. INTROZZI

LABORATORIO MEDICO-MICROGRAFICO PROVINCIALE DI COMO

Direttore: Dott. G. BONEZZI.

Aspetti attuali del problema della chemioterapia della febbre tifoide.

A. BASERGA - G. BONEZZI - R. CASPANI

Al contrario che per molte altre malattie batteriche, per la febbre tifoide il problema di una chemioterapia efficace è tuttora aperto e il numero notevole di casi di febbre tifoide che si verificano ancora in Europa lo rende della massima attualità.

Nel presente articolo verranno riassunti brevemente lo stato attuale del problema ed i dati principali delle ricerche sperimentali della nostra Scuola, i risultati delle quali si troveranno esposti più ampiamente altrove.

Va premesso che le ricerche indirizzate allo studio della chemioterapia dell'infezione eberthiana sono state ostacolate dalla difficoltà di riprodurre negli animali una malattia sovrapponibile a quella umana. L'infezione eberthiana sperimentale nelle *giovani scimmie*, già studiata da Metschnikoff e Besredka, da Gruenbaum e Weinberg decorre infatti per lo più come una diarrea febbrile leggera; nelle *cavie*, in un primo tempo anzi ritenute resistenti al b. di Eberth (Richet, Le Fevre, De Arrie), il quadro morboso da inoculazione è, secondo i classici lavori di Kolle e Pfeiffer, di Konstantini e altri, strettamente dipendente dalla quantità e dalla virulenza dei bacilli inoculati, dovuto perciò unicamente al fattore tossico connesso all'infezione. Lo stesso si ammette per il coniglio, sebbene le ricerche di Besredka e quelle più recenti di Bianchi abbiano messo in evidenza la possibile formazione di ulcere intestinali tifose vere e proprie anche in questi animali. In accurate ricerche Bianchi si è anzi servito del coniglio per studi di chemioterapia dell'infezione eberthiana, sebbene il decorso mitissimo della malattia nella maggior parte degli animali inoculati, renda malsicura l'interpreta-

zione dei dati. Anche il topino bianco, resistente all'infezione sperimentale con bacillo di Eberth per via orale (Adler, Puntoni) può essere infettato per via peritoneale o venosa, secondo gli studi di molti AA., da quelli classici del Petruschky in poi (Germano e Maurea, Chantemesse e Widal, Sanarelli). L'infezione così riprodotta non è sovrapponibile a quella umana, avendosi in genere la morte entro 12-24 ore con un quadro di tossicosi generale e setticemia. Tuttavia, per la relativa costanza di risposta del topino, per la rapidità del decorso dell'infezione, per la assoluta letalità del quadro morboso, il topino bianco è l'animale *meno inadatto* per lo studio della chemioterapia di questa infezione, quando si ricorra a delle modalità di infezione rigorosamente fissate.

Nelle ricerche di cui riferiamo si è usato un ceppo ricco in antigene Vi (ceppo Lazzeri) coltivato su terreno di Giovanardi (1 parte di tuorlo d'uovo su 10 parti di agar-carne). I bacilli si sono inoculati per via endoperitoneale in sospensione di mucin al 5 %, ottenendosi così una virulenza 10 volte maggiore del normale. La dose minima sicuramente letale fu fissata, dopo molte ricerche preliminari, in 6.400.000 di germi: la determinazione della quantità di germi fu fatta volta per volta nefelometricamente.

ARSENOBENZOLI. — Prescindendo dai vecchi, ormai superati tentativi di cura della febbre tifoide con i cosidetti disinfettanti intestinali, di cui il più diffuso fu il calomelano, fra i preparati che furono preconizzati con intendimenti chiaramente chemioterapici nella febbre tifoide vanno ricordati anzitutto gli *arsenobenzoli*. La sperimentazione però era stata di ordine clinico e non di laboratorio. Risultati favorevoli agli arsenobenzoli nella cura della febbre tifoide furono pubblicati in Francia da Michaud e Vernier (1930) ,da Wohlers e Audéoud (1933), da Jambon, Mathieu, Drouhet (1935), in Italia dal Re (1934), dal Riva (1935) ecc. Particolare risonanza ebbero gli studi di Liuzzo, il quale sostenne di poter applicare gli arsenobenzoli nella terapia dell'infezione tifoidea a dosi maggiori e con effetti tossici minori, sciogliendoli in Decholin (sale sodico dell'acido desossicolico al 20%) o in preparati epatici secondo il metodo già applicato da molti AA. alla cura della lue. Visin e Giuffrida controllarono con successo il metodo di Liuzzo, mentre analoghe ricerche di controllo di Sacchetto riuscirono negative.

Il dosaggio seguito da questi vari AA. fu vario, ma in genere analogo a quello proposto già da Wolhers e Audéoud, a dosi crescenti da g. 0,15 a 0,60 a distanza di 2-3 dì. Alcuni non sorpassavano le dosi di g. 0,45 o di 0,30 (Giuffrida). In genere gli AA. su citati sostengono di aver ottenuto cogli arsenobenzoli una riduzione del periodo febbrile ed una diminuzione della mortalità. Non manca chi osservò però degli incidenti (facilità alle enterorragie) (Giuffrida). In particolare si tratta sempre di studi condotti senza rigorosi controlli di soggetti della stessa epidemia non curati con arsenobenzoli. Perciò tale metodo non si è diffuso finora come cura abituale del tifo, non sembrandone sicuramente accertate nè l'efficacia nè l'innocuità, e mancando anche di base sperimentale.

Da vari anni abbiamo preso in esame sperimentalmente questo problema. I primi dati della nostra scuola sono pubblicati in una nota di Bonezzi e Caspani del 1940.

In una prima serie di ricerche, in un gruppo di 84 animali, due di noi non notarono alcuna differenza fra mortalità media dei topi iniettati con arsenobenzolo sciolto in acqua distillata ed arsenobenzolo sciolto in Decholin, secondo i dettami di Liuzzo. Si trascurò quindi nelle ulteriori ricerche questa particolare tecnica.

Le ricerche sull'attività chemioterapeutica degli arsenobenzoli furono condotte su 167 animali, alternando variamente le vie di introduzione del farmaco, i rapporti fra inoculazione del bacillo di Eberth e iniezione di arsenobenzolo, la via di introduzione dell'arsenobenzolo (intravenosa o sottocutanea) il tipo dell'arsenobenzolo (furono usate per queste ricerche Neo I.C.I. e Novarsenobenzolo Montecatini).

Fra i vari risultati ottenuti, riportiamo qui i due esperimenti più significativi (altri dati si troveranno nella comunicazione preventiva già citata di Bonezzi e Caspani).

In una serie di 43 animali fu iniettato per via intramuscolare Neo I.C.I. due ore prima dell'infezione con bacilli di Eberth (una dose mortale) (1).

La dose di arsenobenzolo fu di mg. 0,1/gr. animale, ossia una dose molto vicina alla dose tollerata massima. In queste condizioni *su 25 topi inoculati dopo iniezione di arsenobenzolo, ne sopravvissero 22 (mortalità 12,5%), mentre su 18 animali controllo ne sopravvisse uno solo.*

In queste condizioni favorevolissime di esperimento (dose massima tollerata del farmaco inoculato in via profilattica, contro una sola dose mortale di bacilli) si dimostrò evidente l'azione anti-Eberth dell'arsenobenzolo.

Risultati sempre leggermente positivi, ma molto meno dimostrativi si ebbero quando l'i

(1) In questo primo esperimento, il ceppo di tifo usato a differenza che in tutti gli esperimenti seguenti, fu il ceppo Piacentini inoculato per via sottocutanea, senza aggiunta di mucina.

niezione del chemioterapico fu fatta seguire all'infezione. Riportiamo qui un esperimento condotto con iniezione con una dose mortale (6.400.000) germi di tifo ceppo Lazzeri + mucina, per via endoperitoneale, a cui fu fatta seguire dopo due ore un'iniezione di novarsenobenzolo per via endovenosa a dosi variabili da 0,2 a 0,3 mg./g. animale (dose minima mortale con tale arsenobenzolo in esperimenti preliminari 0,45 mg./g. topo).

Su 30 topini così trattati se ne salvarono 10 (mortalità 66,8%) mentre nessuno dei 10 controlli contemporaneamente infettati riuscì a sopravvivere.

BISMUTO. — La preconizzazione del bismuto nella chemioterapia della febbre tifoidea umana è dovuta al Sahli (1930) il quale praticava iniezioni quotidiane o a giorni alterni di un iodobismutato di chinino in soluzione oleosa (3 cc. per circa dieci volte): il prodotto da lui usato fu l'Jobichin. Sahli valutò al 68,5% (su 37 casi) la percentuale dei malati in cui la risposta terapeutica sarebbe stata netta. Sebbene qualche risultato favorevole sia stato descritto anche da Langeran (1939), non risulta però che il metodo di Sahli sia stato largamente applicato. In vitro, Ara (1934) vide un ritardo dello sviluppo delle culture di b. di Eberth in presenza di sali bismutici.

Nelle presenti ricerche sperimentali ci siamo serviti di un metiltiolaurato di bismuto in soluzione oleosa: con ricerche preliminari si osservò che con tale prodotto nel topino la dose tollerata massima fu di mg. 2.5 di Bi metalloidico per gr. di peso.

Nelle attuali ricerche l'attività chemioterapeutica del Bi è sembrata molto scarsa: anche facendo precedere di vari giorni l'inoculazione di Bi per permettere il riassorbimento del farmaco e ricorrendo a una dose metà della tollerata (mg. 1.25/gr. di peso), su 10 animali inoculati con una dose mortale, 3 soli sopravvissero.

Pur riconoscendo anche al Bismuto una minima azione anti-Eberth, essa risultò così scarsa che non pare valesse la pena di insistervi ulteriormente.

DERIVATI ACRIDINICI. — Dello stesso ordine di grandezza furono i risultati ottenuti sperimentalmente con il bicloridrato di ossimetilaminopentilamino acridina, di cui in questi anni vanno estendendosi le applicazioni anche all'infuori della malaria: abbiamo lavorato col prodotto italiano analogo all'Atebrina, l'Italchina, che veniva somministrato per os, in dosi refratte di 1 mg. l'una (per topi di 20 gr.) di due in due ore, a partire da due ore dopo l'iniezione. Su 40 topi di una serie così trattata si ebbero 6 sopravvissuti (mortalità dell'85%) contro 10 morti su 10 nei controlli. Le dosi in tale serie variarono da 0,1 a 0,25 mg./g. da 2/5 a 1 dose tollerata massima.

Solo con la dose di 1,5 mg./g. (3/5 della dose tollerata) si ebbe una sopravvivenza leggermente maggiore (30%). Anche qui i risultati, ottenuti con dosi massime di farmaco contro una sola dose letale, non sono incoraggianti da un punto di vista pratico, quantunque indichino che i prodotti tipo acridinico posseggono una sia pur minima azione contro il bacillo di Eberth, e costituiscano un invito a studiare ulteriormente i prodotti di questo gruppo.

SULFAMIDICI. — Più interessanti furono i risultati che osservammo coi derivati della sulfanilamide.

Sul problema della sulfamidoterapia della febbre tifoide furono raccolti molti dati clinici che sarebbe troppo lungo citare qui tutti: i magnifici risultati avuti in tante malattie umane rendevano logica l'idea di provare tale terapia anche nell'infezione Eberthiana; qui i risultati non furono così netti come in altre forme, tanto che questa terapia non si è ancora imposta. Non mancarono però AA. che pubblicarono rapporti favorevoli sull'uso di questi prodotti nel tifo umano; si tratta spesso di singoli casi isolati, quindi di osservazioni prive di un valore rigoroso (ricordiamo le vecchie osservazioni di Schmidt (1936), Kulsza (1937), Kiewe con il Prontosil rosso, Barrer, Harkleroad, Goodyear, Diefenbach e Yuskis (1938) colla sulfamide, di Stanyan, di Harries, Swyer e Thompson (1939) colla sulfamidopiridina, di Sanchez, Weibacher, Moss, Taylor; Dupny, con sulfamidotiazolo ecc. Specialmente interessanti i risultati di Harries e collaboratori i quali sostennero in sette casi di aver avuto un'influenza notevole con un meccanismo che essi interpretano come batteriostatico, usando però dosi notevolissime della sulfamidopiridina (all'inizio 9 gr. al dì) per almeno 10 giorni, con una quantità totale non inferiore ai 45 gr. Contro queste osservazioni ve ne furono molte altre nettamente contrarie all'uso dei sulfamidici nell'infezione Eberthiana (Coxon e Forbes, Douthwaite, Hegler) ecc.: quest'ultimo A. ebbe ad osservare invece un'azione notevolissima in un caso di paratifo A.

Scarsi sono invece i lavori clinici condotti su vasta base, gli unici che possano informarci in modo più esatto della reale attività. Fra questi ricordiamo il lavoro di Dagnini e Cugnini i quali su 60 casi trattati e 55 di controllo osservarono una reale efficacia documentata dalla riduzione di mortalità (6 % contro 14%) e dalla riduzione del decorso febbrile (media di giorni 22.91 e nei casi precocemente trattati giorni 17.55 contro giorni 31.41 nei non trattati). Le dosi usate da Dagnini furono di tre o quattro grammi per i primi cinque giorni e poi progressivamente meno, fino in totale 38-42 grammi in 12-15 giorni; lo sfebbramento si ebbe in media in una decina di giorni. Ricordiamo pure i risultati favorevoli riferiti da L. Ferranini e in un accurato lavoro recente di De Vita e Solimini.

Vi è anche qualche dato favorevole di ordine sperimentale.

In *vitro* Callerio vide che per azione della sulfamide sulle culture di b. di Eberth, si possono sviluppare delle forme di sofferenza a tipo di pettenkofferie.

Nelle culture, la presenza di sulfamide esercita una lieve azione batteriostatica secondo Bisceglie, Long e Bliss, Lawrence, Rammelkamp e Jewell ecc., minore però che di fronte ad altri germi.

In *vivo*, nell'infezione sperimentale del topino, qualche risultato favorevole fu descritto da Buttle, Parish, Mac Leod e Stephenson. Questi AA., che impiegarono la sulfamide semplice, alla dose di mg. 1,5/g., ebbero su 50 topi l'83 % di sopravvivenza negli animali trattati, contro solo il 30 % di sopravvivenza dei controlli.

Coi sulfoni (4-4' diaminodifenilsulfone) ebbero risultati inferiori.

Callerio (su un numero globale di 149 topi e dosi dell'ordine di 3-4 mg/g.) ebbe i seguenti dati: sopravvivenza del 6,97 % nei controlli, del 9 % negli animali trattati con diacetildiaminodifenilsulfone, del 16 % dopo trattamento con benzilaminofenilsulfamide, e del 50 % (27 su 54) dopo trattamento con paramidofenilsulfamide.

Scarsi, forse in rapporto con le dosi basse usate, furono i risultati di Kolmer e Rule, che poterono osservare qualche azione solo somministrando la sulfamide in via profilattica, prima dell'iniezione.

Powell e Chenn tennero fissa la dose di sulfamide e sulfamidopiridina (mg. 0,75/g.) e ricercarono la dose L 50 di bacilli, che risultò aumentata sia per la sulfamide, sia in grado minore per la sulfopiridina. Fisk al contrario, sempre sul topino, osservò risultati più favorevoli colla sulfopiridina e col sulfometiltiazolo che non colla sulfamide semplice. Recentemente Domagk concluse che la reale efficacia di questa nuova arma terapeutica nell'infezione tifoidea è ancora da stabilire.

Nelle presenti ricerche, partendo dagli studi di Callerio che aveva dimostrato un lieve grado di attività della sulfamide semplice sul bacillo di Eberth, ci si propose di vedere se qualche derivato della sulfamide, dei numerosi recentemente sintetizzati, presentasse una attività anti-Eberth più notevole, tale da giustificare la sua applicazione nella clinica. Le presenti ricerche dovettero essere alquanto ristrette per le difficoltà attuali di disporre di un numero elevato di animali da esperimento: esse riguardano però 620 topini, di cui 180 usati per prove preliminari di tossicità dei veri sulfamidici, 86 come controlli e 354 infettati e trattati con sulfamidici di vario tipo e a varie dosi.

Diciamo subito che globalmente è stato possibile accertare in modo superiore ad ogni dubbio statistico un grado, limitato ma sicuro, di attività chemioterapica dei sulfamidici contro il bacillo di Eberth, nelle condizioni di questo esperimento. Infatti, *mentre degli 86 controlli si ebbero 83 morti e 3 sopravvissuti* (3,48 %), *dei 354 animali sottoposti a trattamento chemioterapico ne sopravvissero* 196 (55,3 %).

Le norme generali usate negli esperimenti furono quelle sovra esposte; i sulfamidici furono introdotti per os due ore dopo l'infezione. Quando la dose globale da somministrare superava i 20 mg. veniva frazionata in 2-3 volte, distanziando ogni somministrazione di due ore. I particolari e i dettagli degli esperimenti vengono pubblicati altrove. Qui riportiamo solo i dati principali.

Derivati tiazolici. (Sulfatiazolo non metilato). Dose minima mortale negli esperimenti preliminari mg. 10/g.

Con mg. 0,5/g. topi morti 5 su 10, *con* mg 1/g. *morti* 3 *su* 10; con mg. 2/g. morti 4 su 10, con mg. 3/g. morti 4 su 10, controlli morti 10 su 10.

Sulfametiltiazolo: Dose minima mortale mg. 15/g.

Con mg. 0,1/g. topi morti 10 su 10, con mg. 0,25/g. morti 6 su 10, con mg. 0,5/g. morti 4 su 10 con mg. 1/g. morti 2 su 10, con mg. 2/g. morti 3 su 10, con mg. 3/g. morti 4 su 11, con

mg. 4,5/g. morti 6 su 11. Controlli morti 9 su 10 (1).

Sulfamidotiazolo bimetilato: dose minima mortale mg. 15/g.

Con mg. 1/g. topi morti 3 su 10, con mg. 2/g. topi morti 2 su 10, con mg. 3/g. morti 2 su 10. Controlli morti 10 su 10.

Derivati piridinici. Sulfamidopiridina: Dose minima mortale mg. 20/g.

Questo prodotto fu sperimentato in varie riprese, quindi i controlli risultano essi pure ripetuti.

Con mg. 0,1/g. sono morti 2 su 10, con mg. 0,25/g. morti 2 su 10, con mg. 0,35/g. morti 2 su 9; controlli morti 6 su 6.

Con mg. 0,50/g. topi morti 0 su 10. Controlli morti 10 su 10.

Con mg. 1/g. topi morti 1 su 10, con mg. 2/g. topi morti 1 su 10, con mg. 3/g. topi morti 1 su 10. Controlli morti 8 su 10.

Globalmente topi trattati con dosi da mg. 0,1/g. a mg. 3/g.: 9 topi morti su 69, controlli morti 24 su 26.

Derivati pirimidinici. Sulfamidopirimidina: Dose minima mortale mg. 15/g.

Con mg. 1/g. topi morti 4 su 10, con mg. 2/g. topi morti 3 su 10, con mg. 3/g. morti 5 su 10. Controlli morti 10 su 10.

Derivati guanidinici. Sulfaguanidina. Dose minima mortale mg. 20/g.

Con mg. 1/g. topi morti 4 su 10, con mg. 2/g. morti 8 su 10, con mg. 3/g. morti 8 su 10, con mg. 4,5/g. morti 9 su 10 controlli morti 10 su 10.

Sulfo X. Dose minima mortale mg. 20/g.

Con mg. 0,1/g. topi morti 7 su 10, con mg. 0,25/g. topi morti 5 su 10, con mg. 0,5/g. topi morti 3 su 10, con mg. 1/g. topi morti 8 su 10, con mg. 2/g. morti 10 su 10, con mg. 3/g. morti 10 su 10, con mg. 4,5/g. morti 7 su 10., Controlli morti 10 su 10.

Ricerche preliminari di orientamento tuttora in corso con nuovi prodotti del gruppo dei sulfoni non diedero risultati superiori che cogli altri sulfamidici.

In questi esperimenti l'attività dei sulfamidici (sempre saggiati contro una sola dose mortale) si è mostrata discreta. Fra tutti, i risultati più interessanti si sono avuti colla sulfamidopiridina, che in alcune serie di esperimento è riuscita a salvare tutti gli animali infettati. Il confronto comparativo dell'attività dei vari prodotti non potè essere fatto con un numero tale di animali, da potersi considerare come ben stabilito all'analisi statistica, ma a titolo indicativo vengono qui elencate nell'ordine di attività decrescente i vari prodotti in questa serie: sulfamidopiridina; sulfametiltiazolo; sulfatiazolo bimetilato; sulfatiazolo, sulfamidopirimidina, sulfo X; sulfoguanidina.

Questi studi ci indicano che varie sostanze presentano un modico potere chemioterapico verso il bacillo di Eberth. Fra tutti, i risultati migliori si hanno con i sulfamidici, e specialmente con la sulfamidopiridina, a dosi però alquanto maggiori di quelle che vengono in discussione nella terapia umana (gli effetti migliori si ebbero con una dose unica di mg. 0,5/g., il che per un uomo di 70 chili corrisponderebbe a gr. 35).

Per la profonda diversità tra il quadro sperimentale e quello umano, gli AA. si astengono dal dedurre da questi dati proposte per la terapia umana. Ritengono tuttavia che i presenti risultati sperimentali facciano sperare che l'annoso e importantissimo problema della chemioterapia dell'infezione eberthiana possa presto avviarsi verso la sua soluzione.

RIASSUNTO.

Gli AA., presi in considerazione i dati della letteratura sulla chemioterapia del tifo, riassumono i risultati fin qui raccolti usando come animale da esperimento il topino bianco, rilevando l'importanza che in questo campo potrebbero avere i tentativi di terapia con sulfamidici, specie del gruppo della sulfamidopiridina.

(1) Questo protocollo riferentesi agli esperimenti sul sulfatiazolo metilato è notevole in quanto mostra un fenomeno non privo di significato per l'interpretazione generale dei fenomeni chemioterapici: mentre per dosi piccole, dell'ordine di 1/50 della dose minima mortale, il farmaco è inattivo, la sua attività cresce col crescere delle dosi oltre un certo limite, quando le dosi diventano dell'ordine di 1/3-1/2 della dose massima tollerata, l'attività diminuisce col crescer delle dosi. Vedi su questo fenomeno la recente nota di Cestari.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE CIVILE UMBERTO I° - TODI (PERUGIA)

Osservazioni cliniche sulla ptialoreazione di Zambrini e suo valore pratico in chirurgia. Rapporto tra R. Z. e tasso azotemico.

Dott. MAURIZIO DAINELLI,
direttore chirurgo primario

La reazione proposta da Zambrini sulla saliva o ptialoreazione ha dato, in questi ultimi anni, argomento di studi sia per confermare le asserzioni di Zambrini (1933), sia per indagare più profondamente l'essenza della reazione stessa, sia per utilizzarla in applicazioni pratiche nel campo della medicina.

Il metodo di Zambrini si riferisce alla teoria umorale galenica ed ippocratica orientata secondo le più moderne vedute nel senso che le variazioni fisiologiche e patologiche determinano modificazioni umorali (chimico-umorali) nell'organismo (Lavoisier, Bichet, De Blainville, Andral, Gavarret, Bouchard, etc.) che trova la massima espressione nello studio di Achard sul sistema lacunare.

È da rilevare che i liquidi circolanti nel sistema lacunare dell'organismo direttamente ed indirettamente (sistema linfatico) si raccolgono nella massa sanguigna la quale, accogliendo tutte le sostanze che riceve dai tessuti, assume in sè ogni capacità vitale (Achard).

Ciò trova conferma nei risultati delle analisi dei vari umori organici i quali hanno i componenti chimici fondamentali in proporzioni pressochè uguali, oltre, naturalmente, gli elementi che ne determinano le caratteristiche loro proprie, come dimostrano le tavole riportate da Zambrini.

La ptialoreazione si basa sul concetto da Zambrini stesso espresso che la saliva rappresenta il solo « umore » completo dell'organismo vale a dire l'umore che comprende tutti gli elementi biochimici componenti l'organismo umano.

Ciò deve essere inteso per la saliva così detta totale o mista cioè quella derivante dalla somma di tutte le secrezioni delle ghiandole salivari propriamente dette e delle ghiandole buccali in genere.

Confermerebbero tale punto di vista le ricerche di Fels e di Franckoel (confermate da Comeau-Montasse) i quali avrebbero trovato ormoni ovarici nella saliva della donna gravida e le ricerche di Raneu-Trainer che svelano nella saliva femminile ormoni sessuali preipofisari.

Nel campo della patologia modificazioni di reazione (alcalina, acida), di secrezione sino alla scialorrea (nell'isterismo, nevrastenia, gozzo esoftalmo, paralisi agitante, nelle malattie gastriche, intestinali, pancreatiche, biliari, etc.), iposecrezione fino all'acrinia (nelle sepsi, nelle pioemie di varia origine), nelle malattie che si accompagnano a gravi perdite di acqua (gastro-enteriti, colera, etc. ed in generale in tutte le malattie acute), di composizione (come nella presenza dell'urea e nel rapporto dell'urea salivare con l'urea sanguigna) svelano le notevoli variazioni che la saliva subisce col variare delle condizioni di sofferenza o meno dell'organismo.

La reazione di Zambrini ha lo scopo di rivelare le modificazioni che i vari stati, larvati od evidenti di malattia, determinano negli umori dell'organismo.

Nel capitolo « les modifications des humeurs », della sua pubblicazione, egli afferma che con gli umori l'organismo provvede a sbarazzarsi di tutte le impurità che vi si trovano, sia microbiche, tossiche e medicamentose.

Quest'opera depurativa avrebbe inizio precisamente nel periodo acuto della malattia e si prolungherebbe poi nella convalescenza e, lungamente, anche dopo di questa, finanche per tutta la vita del soggetto (come nella sifilide, paludismo, etc.) con lo scopo di allontanare ogni traccia dell'infezione subita la quale si renderebbe ancora manifesta con anormali escrezioni dei tessuti.

L'esame della saliva verrebbe quindi a mettere in evidenza le modificazioni umorali di questo processo di difesa ed, indirettamente, svelerebbe le condizioni di vitalità (di resistenza vitale) dell'individuo.

È inoltre da rilevare che il concetto di « stato umorale » va legato, secondo Zambrini, al concetto di « instabilità umorale » cioè di una possibilità di oscillazioni legate alle variazioni che l'organismo subisce durante il suo sviluppo: nella età infantile, alla pubertà, nella maturità.

Zambrini mette particolarmente in evidenza le modificazioni cromometriche della sua reazione specie alla pubertà epoca, che è da ritenere assai critica per ogni organismo. Questa più o meno marcata fluttuazione del sistema umorale nell'individuo giovane potrebbe avere un grande valore anche per stabilire un indirizzo igienico, oltrechè alimentare e terapeutico, nel giovinetto nel periodo della pubertà.

La detta instabilità umorale è anche legata a stati patologici, cioè: mentre, generalmente, alla guarigione di una malattia, lo stato umorale ritorna quello che era prima, in alcuni casi a questo stato non si torna più, vale a dire l'organismo ha modificato il suo stato umorale che è quanto dire il suo metabolismo nonostante il ritorno allo stato di salute. In altri termini si può dire con Zambrini che l'individuo colpito da una malattia molto grave non guarisce più dal punto di vista biologico in quanto la traccia della pregressa malattia residuerebbe nel metabolismo così come la cicatrice è l'esito permanente nella lesione violenta dei tessuti.

La variazione dello stato umorale che consegue alla malattia rivelerebbe, in fondo, questo stato cicatriziale indelebile pur essendo l'individuo ritornato allo stato di salute.

Zambrini fa notare, in base alle valutazioni colorimetriche, come, generalmente, in soggetti che prima di ammalarsi avevano una buona valutazione colorimetrica, dopo la malattia, anche a molta distanza di tempo, non si ottiene più lo stesso valore colorimetrico ma permane sempre al disotto di due o tre graduazioni della scala.

Studi fatti da vari ricercatori hanno confermato l'interesse della ptialoreazione. Granet e Isaac Georges, Rolla, Riccitelli, Brozzetti nel campo pediatrico; De Lisi, Crispolti, Boloffi in ostetricia e ginecologia; Gibelli, Crispolti, Nicita, Curzi, Di Matteo nella tubercolosi; D'Arrigo, Tomassino, etc... nelle malattie nervose e mentali.

In chirurgia particolari osservazioni fecero, dopo Zambrini, Laurenti, Agosta, Bergamini, Lorizio, Rendano, Scartazzi, Cattaneo, Verdolini, Barlata, Gamberini, Galanti, Princigalli, Trincas, Donegani (in neuro-chirurgia) ed altri.

In generale, nel campo chirurgico, il concetto affermato è che dopo un intervento si ha una transitoria caduta dei valori della scala colorimetrica con rapido ritorno al normale. Persistenza di valori bassi è indice di complicazioni operatorie che possono verificarsi anche al difuori della sede dell'intervento.

***

Riferendomi, dopo tali premesse, alla utilità pratica da trarne nel campo della chirurgia, mi sono proposto di studiare il comportamento della ptialoreazione in occasione di operazioni chirurgiche.

Le mie ricerche furono iniziate e svolte nel 1937 ed i risultati che per ragioni varie e non ultime le contingenze nazionali, non furono resi noti allora, sono stati confermati via via da altri ricercatori che hanno fatto pubblicazioni di recente sull'argomento.

Rivolsi, allora, la mia osservazione sulla possibilità che la R. Z. poteva offrire per definire la resistenza dell'operando all'intervento chirurgico in senso lato.

Per questo, in un primo gruppo che doveva servirmi di base, ho ricercato il comportamento della ptialoreazione in occasione di operazioni chirurgiche.

Si trattava generalmente di malati asettici, operandi, i quali non presentavano fatti patologici infiammatori o, comunque, questi ridotti a piccole entità (ernie, calcolosi di vari organi, appendiciti in periodo di raffreddamento, neoplasmi benigni). In tutti questi casi in cui l'intervento si è effettuato nello stato di normale operabilità in senso clinico, ricercai la reazione uno o due giorni prima dell'intervento e la mattina stessa dell'intervento quindi nei giorni successivi all'operazione.

In tutti gli operandi ho rilevato che la reazione era buona ma oscillante tra i numeri 12 e 16 della scala colorimetrica. In due casi fu riscontrato prima dell'intervento un valore di dieci (si trattava di soggetti tubercolotici).

Le operazioni erano eseguite generalmente in anestesia rachidea.

I risultati che riferisco in succinto furono i seguenti: costantemente ad ogni intervento *seguiva un abbassamento dell'indice calorimetrico* che è oscillato da un minimo di tre ad un massimo di tredici, che si rendeva manifesto nelle prime ventiquattro ore dell'intervento e si continuava, con oscillazioni varie, nei primi due o tre giorni seguenti per poi riportarsi al normale, coincidendo questo con quel periodo post-operatorio di maggiore o minore sofferenza dell'operato e più o meno intenso in accordo con la gravità dell'intervento subìto.

Il ritorno alla colorazione normale poteva avvenire per gradi od in maniera rapida. Su cinquanta casi osservati i valori che però più frequentemente furono notati si aggiravano dal numero 5 al numero 8. I casi in cui si riscontrarono valori post-operatori elevati furono pochi. In due casi, operati di ernia inguinale, si ebbe un dodici e un tredici ed avevano dato ambedue un valore pre-operatorio di quattordici il quale si presentò di nuovo in seconda giornata.

Fu constantemente osservato che ai valori più bassi corrispondevano condizioni post-operatorie più gravi e che parallelamente al migliorare di queste si notava una elevazione dei va-

lori colorimetrici. Nei casi in cui i valori colorimetrici permasero più lungamente bassi il decorso post-operatorio fu più burrascoso. La transitoria caduta post-operatoria a valori bassi o bassissimi non influisce sul decorso post-operatorio.

Cito il caso n. 31 del protocollo: donna affetta da cistoma ovarico (apirettica). Valore R. Z. pre-operatorio 16; valore R. Z. post-operatorio (prime 24 ore) n. 3; in seconda giornata n. 6; in terza giornata n. 9; in quarta giornata n. 11 con seguito post-operatorio regolare.

È invece da ritenere grave la prognosi in quei casi in cui l'indice colorimetrico si mantiene costantemente basso per vari giorni di seguito; i casi in cui si notano oscillazioni anche irregolari fra valori alti e bassi sono da ritenere di prognosi favorevole. Tuttociò tenendo il dovuto conto della malattia che ha portato il soggetto all'intervento chirurgico.

Perchè se consideriamo la R. Z. in manifestazioni patologiche in cui il fattore settico è minimo o nullo, tutte le variazioni umorali che la R. Z. potrà svelare sono da mettere in relazione all'intervento operatorio in sè; ma laddove esistono fatti settici, infiammatori, etc., in speciale attività, poca importanza assume l'atto chirurgico in quanto già la sofferenza umorale è in atto.

In casi di osteomielite acuta ad esempio ho potuto constatare che il comportarsi della reazione è in perfetto e costante parallelismo con le condizioni locali e generali del paziente e che la sovrapposizione dell'intervento chirurgico non turba di molto la R. Z. già molto turbata.

È degno di rilievo il caso di una giovinetta di anni 13 affetta da osteomielite dell'epifisi inferiore del femore destro entrata in ospedale il 30 marzo 1937, dopo sei giorni dall'inizio della localizzazione ossea. Al suo ingresso si presenta in condizioni generali gravi con temperatura 39,2. All'arto inferiore destro presenta, in corrispondenza della coscia e particolarmente al suo terzo inferiore, tumefazione notevole di forma fusata, cute arrossata, senso di tensione aumentata, dolore vivissimo alla pressione specialmente nella zona metafisaria dal lato condiloideo interno. Si apprezza senso di vaga fluttuazione profonda. Fenomeni reattivi in corrispondenza del ginocchio con edema, fluttuazione, modico ballottamento rotuleo. Si riscontra inoltre localizzazione osteomielitica in corrispondenza del primo metatarso del piede sinistro. Viene provveduto di urgenza al trattamento chirurgico delle due localizzazioni in etere narcosi. In sede femorale si dà esito ad abbondante raccolta di pus che distacca circolarmente il periostio per lungo tratto verso la diafisi femorale. Osteotomia. Il midollo è fortemente congesto e necrotico. Si pratica pure osteotomia del primo metatarso dando esito anche qui ad una discreta quantità di pus. Il giorno seguente la paziente è sempre in gravissime condizioni. Si manifesta localizzazione osteomielitica alla nona costa destra e, successivamente, in corrispondenza dell'epifisi superiore del radio sinistro ed alla mandibola. La morte sopraggiunge dopo sette giorni di degenza in ospedale.

In questo caso la prova di Zambrini fatta fino dal primo giorno del ricovero e nei giorni seguenti dette costantemente valori bassissimi per cui sino dal principio la prognosi fu ritenuta infausta. La tabella dei valori R. Z. che qui riproduco lo mostra in maniera evidente:

DATA	R. Z.	TEMPERATURA
30 marzo 1937	N. 4	39,2 39,2
31 marzo 1937	» 6	39,8 40
1 aprile 1937	» 3	39,3 39,7
2 aprile 1937	» 4	38,9 38,4
3 aprile 1937	» 5	39 39,7
4 aprile 1937	» 3	39,4 39,6
5 aprile 1937	» 4	39,6 39,5
6 aprile 1937	» 3	39,7 39,4
7 aprile 1937	» 3	39,2 39,5

Notevole persistenza di valori molto bassi accompagnati da colorazione giallo grigiastra, formazione di colletto, aspetto molto torbido e sedimento abbondante.

Per completare le mie osservazioni in un secondo gruppo di ricerche portai l'attenzione sulla relazione esistente tra le variazioni colorimetriche della R. Z. ed il comportarsi della azotemia, in modo particolare per stabilire l'esistenza di un parallelismo tra questa e la R. Z. nei casi di affezione delle vie urinarie ad indicazione chirurgica. Dette osservazioni furono fatte su venti casi a localizzazione patologica delle vie urinarie richiedenti trattamento chirurgico (ipertrofia prostatica, calcolosi vescicale, calcolosi renale, etc.).

I risultati ottenuti furono assai interessanti e dimostrativi in quanto si rese evidente una quasi costante correlazione tra azotemia e R. Z.

TAVOLA 1.

OLIMP. GIOVACCHINO, anni 53 – *Idropionefrosi del rene sin. da calcolosi.*

DATA	TEMPERATURA		QUANTITÀ ORINA DELLE 24 ORE	TASSO AZOTEMICO PER o/oo	R. Z.	NOTE CLINICHE
	m.	s.				
8 agosto 1937......	37,5	37,7	900	1,10	4	—
9 agosto 1937......	36,2	37,1	900	1,08	4	—
10 agosto 1937......	37,2	37,8	..	1,08	4	Nefrectomia
11 agosto 1937......	37,7	37,3	800	1,30	3	Condizioni gravi
12 agosto 1937......	37,8	37,6	750	1,00	8	—
13 agosto 1937......	37,7	37,3	900	0,75	14	Condizioni leggermente migliorate
14 agosto 1937......	36,5	36,5	1000	1,40	4	—
15 agosto 1937......	36,2	38,0	800	1,20	5	Peggiorato
16 agosto 1937......	36,4	37,3	800	1,15	5	—
17 agosto 1937......	36,0	37,4	850	1.29	5	Perdura lo stato grave
18 agosto 1937......	38,5	37,8	1200	1,00	10	—
19 agosto 1937......	36,6	37,4	1500	1,19	6	—
20 agosto 1937......	36,6	37,4	1500	1,30	4	—
21 agosto 1937......	36,1	36,7	1640	0,94	12	Migliorato
22 agosto 1937......	36,1	36,5	1800	0,90	11	Migliorato
23 agosto 1937......	36,1	36,6	2500	1.06	8	Migliorato
24 agosto 1937......	36,3	36,5	2000	0,96	13	Condizioni soddisfacenti
25 agosto 1937......	36,1	36,3	1600	0,80	13	Condizioni soddisfacenti
26 agosto 1937......	36,1	36,7	1500	0,50	14	Condizioni soddisfacenti

Il decorso successivo è in continuo miglioramento sino a guarigione. Viene dimesso il 14 settembre 1937.

TAVOLA 2.

MED. LORENZO, anni 66 – *Calcolosi vescicale.*

DATA	TEMPERATURA		QUANTITÀ ORINA DELLE 24 ORE	TASSO AZOTEMICO PER o/oo	R. Z.	NOTE CLINICHE
	m.	s.				
18 luglio 1937......	37,2	36,9	800	1,00	7	—
19 luglio 1937......	37,0	37,0	800	1,15	5	—
20 luglio 1937......	36,9	38,1	..	..	..	Epicistostomia, asportazione del calcolo
21 luglio 1937......	37,6	38,0	750	1,00	6	—
22 luglio 1937......	37,5	38,5	800	0,90	11	—
23 luglio 1937......	36,9	37,3	950	0,95	11	—
24 luglio 1937......	36,8	37,4	900	0,90	10	—
25 luglio 1937......	37,5	38,2	800	1,10	6	—
26 luglio 1937......	38,5	39,2	750	1,15	5	Peggiorato, cefalea, vomito
27 luglio 1937......	38,2	39,0	800	..	..	—
28 luglio 1937......	37,9	38,8	700	1,20	5	È grave
29 luglio 1937......	37,8	38,8	750	1,15	4	È grave
30 luglio 1937......	37,9	38,5	750	1,25	4	È grave
31 luglio 1937......	37,2	38,0	600	1,30	4	—
1 agosto 1937......	37,0	37,9	750	—	—	—
2 agosto 1937......	37,1	37,6	800	1,00	7	—
3 agosto 1937......	36,8	37,7	1000	0,90	8	Migliorato
4 agosto 1937......	36,9	37,7	1000	0,80	10	Nella notte ha vomito
5 agosto 1937......	37,3	38,1	800	1,10	5	Lingua asciutta
6 agosto 1937......	37,5	38,5	900	1,00	5	—
7 agosto 1937......	37,3	38,4	900	0,90	9	—
8 agosto 1937......	37,4	38,3	750	1,10	5	—

Su richiesta dei parenti, per le gravi condizioni, viene inviato al domicilio.

*

TAVOLA 3.

SBR. ELIO, anni 15 - *Appendicite.*

DATA	TEMPERATURA		QUANTITÀ ORINA DELLE 24 ORE	TASSO AZOTEMICO PER o/oo	R. Z.	NOTE CLINICHE
	m.	s.				
5 aprile 1937...	36,4	36,8	900	0,25	15	—
6 aprile 1937...	36,5	37,3	850	..	15	Appendicectomia
7 aprile 1937...	37,4	37,8	900	0,80	4	—
8 aprile 1937...	38,0	37,8	1000	0,85	5	—
9 aprile 1937...	37,6	36,5	950	0,50	9	Decorso regolare
10 aprile 1937...	36,7	37,0	950	0,40	11	—
11 aprile 1937...	36,7	37,0	1100	0,20	15	—
12 aprile 1937...	36,5	37,0	1000	0,20	15	—

TAVOLA 4

ZACH. EMILIO, anni 36 - *Ernia ing. obl. est. da libera.*

DATA	TEMPERATURA		QUANTITÀ ORINA DELLE 24 ORE	TASSO AZOTEMICO PER o/oo	R. Z.	NOTE CLINICHE
	m.	s.				
14 novembre 1937...	36,4	36,7	..	0,38	14	—
15 novembre 1937...	36,6	37,5	..	..	12	Intervento chirurgico
16 novembre 1937...	37,3	37,8	..	0,70	4	—
17 novembre 1937 ..	37,4	38,0	..	0,50	6	—
18 novembre 1937...	37,0	37,5	..	0,40	9	Decorso regolare
19 novembre 1937...	37,0	37,1	..	0,30	14	—
20 novembre 1937...	36,5	36,6	..	0,35	14	—
21 novembre 1937...	36,3	36,6	..	0,30	15	—

nel senso che a valori azotemici alti corrispondevano i valori più bassi della scala colorimetrica di Zambrini e viceversa col ridursi del tasso azotemico si aveva una risalita dei valori cromometrici.

In questi casi di malattie delle vie urinarie, che sono generalmente di lungo trattamento, fu possibile stabilire tale correlazione escludendo dal fenomeno l'influenza che aveva potuto avere il trauma operatorio con le modificazioni umorali da questo derivanti perchè, come abbiamo veduto, questo influisce sui valori colorimetrici per due-tre giorni al massimo dopo l'intervento.

Rapportando i risultati di correlazione tra azotemia e R. Z. alle condizioni clinicamente rilevabili nei pazienti osservai una notevole concordanza anche con le condizioni generali del paziente (vedi tavola 1 e 3).

L'osservazione delle correlazioni esistenti fra azotemia e R. Z. mi portò alla ricerca della relazione riscontrabile in operandi ed operati nei quali le vie urinarie si potevano ritenere indenni cioè a vedere se a quell'abbassamento dei valori colorimetrici rilevati nel primo gruppo, derivanti dalle modificazioni umorali indotte dal trauma operatorio, corrispondesse un elevarsi del tasso azotemico.

I casi studiati furono quaranta. I risultati confermarono l'aspettativa in quanto che, quasi constantemente, all'abbassarsi dei valori della scala colorimetrica corrispondeva un elevarsi del tasso azotemico. La durata di questo spostamento azotemico era presso a poco corrispondente a quel breve periodo di tempo post-operatorio (due-tre giorni) già rilevato precedentemente nel primo gruppo di ricerche a proposito della variazione colorimetrica nella R. Z. Contemporaneamente al normalizzarsi della azotemia si verificava il normalizzarsi dei valori colorimetrici e ciò coincideva anche col normalizzarsi delle condizioni cliniche del paziente (vedi tavola 3 e 4).

Una osservazione generalmente fatta è che il rapporto tra variazioni febbrili da una parte ed azotemia - R., Z. dall'altra, non è costante

nel senso cioè che temperature febbrili non elevate possono coesistere con azotemia elevata e valori colorimetrici bassi. Ciò ha evidentemente valore nelle malattie a trattamento chirurgico nelle quali il fattore febbrile non ha molta importanza da mettere in relazione con la gravità dello stato del paziente.

Mi limito a riferire le osservazioni fatte senza voler entrare nella profondità dell'argomento il quale porterebbe troppo lontano dallo scopo della presente nota.

Viene però da domandarsi quale importanza, nella sofferenza umorale dell'individuo, ha l'iperazotemia e se questa sia causa della sofferenza umorale o ne sia invece soltanto un indice. Se la carica azotemica rappresenti la base su cui la R. Z. pone la sua rivelazione o se pure si determinino nell'organismo, in relazione a detta carica, quelle variazioni che la R. Z. rivela.

Altri, con maggiore competenza, ne dimostreranno il meccanismo e l'intima essenza, per mio conto mi limito a rilevare il valore pratico della R. Z. la quale può con tutta semplicità, in chirurgia, coadiuvare alla valutazione della resistenza dell'operando.

Mi è sembrato quindi di poter riferire alla R. Z., in base ai dati acquisiti, un valore prognostico di una certa importanza.

Relativamente al valore prognostico però è da distinguerne l'importanza dal punto di vista post-operatorio e da quello pre-operatorio.

Infatti la osservazione della R. Z. dopo interventi chirurgici è in grado di indicarci la maggiore o minore gravità delle modificazioni umorali (compreso lo stato azotemico) determinato sia dal trauma operatorio quanto da eventuali complicazioni sovrapposte. Il raggiungere bassi valori della scala colorimetrica è sempre indice di particolare gravità e del cadere delle reazioni individuali. Il persistere per vari giorni di detti valori cromometrici bassi senza irregolari rialzi può permettere di pronunziare una prognosi infausta. Le oscillazioni anche forti dei valori colorimetrici indicano invece una capacità di resistenza che può avere esito favorevole.

Dove questa affermazione non trova esatta conferma è nella prognosi pre-operatoria in quanto le cause morbose che determinano le oscillazioni e la sofferenza umorale del soggetto possono essere rimosse cruentemente con l'intervento chirurgico il quale elimina la causa principale che tali sofferenze determinava.

Va da sè che una R. Z. buona prima dell'intervento fa presumere una prognosi favorevole. Intervenire invece in soggetti con indice R. Z. basso può avere il suo rischio, relativamente all'esito dell'intervento, in quanto la R. Z. svelando la gravità dello stato dell'operando può far presumere che questi potrà anche non risollevarsi dallo stato di grave sofferenza nel quale si trova o, addirittura, indicarne un esito sfavorevole.

Zambrini pone come indice di operabilità ad esempio 10-9 per un'isterectomia, 12-11 per un intervento sul fegato, 14-10 per un osteomielite. Naturalmente la somma delle osservazioni cliniche, di altre ricerche che eventualmente potranno essere fatte, l'età del paziente, la durata della malattia, le condizioni generali ecc., potranno decidere l'operatore.

Comunque l'osservazione della R. Z. mette in guardia sulla gravità di uno stato che si potrebbe definire pericoloso per l'esito dell'intervento.

Per mio conto ho tratto, dalle osservazioni fatte, la convinzione che tale ricerca debba essere tenuta presente e che valori alti della scala cromometrica possono dare una sufficiente tranquillità alla decisione dell'intervento chirurgico o interferire sulla decisione di intervento da eseguirsi.

Talchè, usando sistematicamente tale ricerca e particolarmente tenendo conto del rapporto R. Z., azotemia (affermato anche da Paolucci), ho adottato praticamente il sistema di ricercare il tasso azotemico in quei casi in cui i dati della R. Z. mostravano valori non soddisfacenti, in generale, traendone conferma sulla giustezza e l'utilità nell'uso pratico.

La semplicità della reazione ne rende vantaggioso l'uso e, si può affermare, proprio negli ambienti meno attrezzati.

A queste conclusioni è giunto anche Panagia il quale attribuisce ad R. Z. maggiore utilità pratica anche di fronte ad altre reazioni biologiche aspecifiche ad esempio al fenomeno di ostacolo di Donaggio in quanto soltanto con la R. Z. avrebbe ottenuto la segnalazione di complicazioni o di ricadute anche due o tre giorni prima del loro verificarsi, non solo ma, per la presenza del colletto tossico, è dato anche conoscere la natura tosso-infettiva della malattia.

Dalle osservazioni fatte si possono dunque trarre le seguenti conclusioni:

1) la R. Z. è in grado di mettere in evidenza le modificazioni umorali che intervengono nel paziente in seguito al trauma operatorio (vedere: 1° gruppo di ricerche);

2) la R. Z. concorda generalmente con lo stato azotemico del soggetto;

3) la R. Z. subisce variazioni in accordo

con lo stato azotemico nei soggetti sottoposti ad intervento chirurgico di qualunque natura esso sia rivelando l'esistenza di una variazione umorale relativa al solo atto chirurgico con spostamenti tanto più evidenti per quanto l'intervento ha acquistato carattere di gravità e si è associato a sofferanza del soggetto;

4) che dette variazioni si dimostrano più probative nei casi di intervento portato direttamente sulle vie urinarie. In questi casi indicando particolarmente l'andamento clinico della forma morbosa;

5) la R. Z. ha sicuramente valore prognostico ed è pertanto da ritenere confermato e giustificato l'uso a scopo prognostico nel periodo pre e post-operatorio (naturalmente tenendo conto della relatività della prognosi in chirurgia).

RIASSUNTO.

L'A. espone il risultato di ricerche eseguite su malati di morbi a trattamento chirurgico rilevando il valore della reazione di Zambrini dal punto di vista pratico. Dimostra che la R. Z. oltre che svelare la sofferenza umorale che interviene a seguito di ogni intervento chirurgico è in relazione con la gravità dello intervento stesso. Che tale modificazione colorimetrica è di breve durata (due o tre giorni) e torna al normale in accordo col miglioramento clinico del paziente.

L'A. ha riscontrato che le modificazioni della R. Z. concordano con le modificazioni del tasso azotemico del soggetto sia in seguito ad ogni intervento chirurgico sia, in particolare, nei casi di interventi portati sulle vie urinarie. In questi ultimi casi, nei quali la durata del trattamento è assai prolungata, indica anche l'andamento clinico della forma morbosa. Trae di conseguenza un valore prognostico pre- e post-operatorio e considera la R. Z. ricerca sufficiente per giudicare sulla capacità di resistenza all'intervento.

APPUNTI BIBLIOGRAFICI.

AGOSTA G. *La reazione di Zambrini in chirurgia*. Riv. Ospedaliera, 1937, n 9.

BERGAMINI A. *Sul valore della reazione di Zambrini in chirurgia*. Gaz. Inter. Med. Chir., 1938, nn. 5-6.

BOLAFFI R. *Ricerche sul comportamento della ptialoreazione di Zambrini in gravidanza, parto, puerperio*. Ginecologia, 1936, n. 9.

BROZZETTI D. *Può diventare la ptialoreazione di Zambrini un testo per i risultati della climatoterapia?* Rivista di idroclimatologia, talassologia e terapia fisica, 1938, vol. I.

BROZZETTI D. *Se l'esame del colletto, del sedimento e del riflesso viola nella ptialoreazione di Zambrini può rilevare tendenze morbose dell'infanzia ed avvalorare l'efficacia della climatoterapia nell'infanzia*. Riv. di scienze applicate all'educazione fisica e giovanile, 1937.

CASTILLON. *Résistivité Vitale et Ptyalo-pronostic. La réaction de Faust Zambrini*. Revue de la Société de Médicine Militaire Française, 1935.

CATTANEO L. *La resistenza dell'organismo nelle operazioni di laparatomia ginecologica*. Riv. di ostetricia e ginecologia pratica, 1936.

CRISPOLTI E. *Reazione di Zambrini e cutireazione tubercolinica nei neonati da madri in condizioni normali e in quelli nati da madri tubercolose*. La Diagnosi, 1937.

D'ARRIGO M. *Sulla ptialoreazione di Zambrini*. L'Ospedale psichiatrico, 1935.

DE LISI G. *La réaction de Zambrini dans la grossesse normale et pathologique*. Gynécologie et Obstetrique, 1937.

DI MATTEO A. *Il valore del termometro della resistenza vitale di Zambrini nella tubercolosi polmonare*. La Riforma Medica, 1938.

GALANTI. *La reazione di Zambrini in chirurgia*. Tesi, Ist. Spec. Med., Roma, 1937.

GAMBERINI. *La reazione di Zambrini in Chirurgia*. Gaz. Inter. di Clin. e Ter., 1938.

GIBELLI. *Le dépistage precoce chez enfant par la réaction de Zambrini*. Les Echos de la Médicine, 1935.

LAURENTI P. *La réaction de Zambrini*. Journal des praticiens, 1933.

ID. *Le Ptyalo-Diagnostic du limphatisme, par la réaction de Zambrini*. Congrès International du Lymphatisme, 1934.

LORIZIO V. *Sul comportamento della reazione di Zambrini in rapporto all'intervento operatorio*. Riforma Medica, 1938.

NICITA A., CURZI A. *Il valore prognostico della ptialoreazione di Zambrini nei tubercolosi*. Riv. di Pat. e Clin. della tubercolosi, 1938.

PANAGIA A. *La ptialoreazione di Zambrini*. Giornale di Medicina Militare 1935.

ID. *La ptialoreazione di Zambrini*. L'Ospedale Maggiore di Novara, 1936.

ID. *Il fenomeno di ostacolo di Donaggio e la reazione di Zambrini nella pratica medica*. Ospedale di Novara, 1939.

RENDANO C. *La ptialoreazione di Zambrini e le sue applicazioni in chirurgia*. Rivista di Chirurgia, 1938.

SCARTOZZI C. *La ptialoreazione di Zambrini in chirurgia*. Minerva Medica, 1938.

TOMASINO. *La ptialoreazione di Zambrini in alcune malattie mentali*. Il Cervello, 1940.

TRINCAS M. *La reazione di Zambrini in chirurgia*. Atti e Memorie della Società Romana di Chirurgia, anno 1°, fasc. 2°, 1940.

VERDOLINI G. *Il test tonsillare sotto il controllo di indici della compartecipazione generale dell'organismo*. Atti della Clinica Otorinolaringologica, 1934-37.

ID. *Il fenomeno di ostacolo di Donaggio e la ptialoreazione di Zambrini in processi flogistici acuti ed interventi chirurgici otorinolaringologici*. Atti della Clinica Otorinolaringologica, 1934-37.

ZAMBRINI F. *Le Thermomètre de la Résistivité Vitale, chez*. Maloine, Paris, 1934.

ID. Journal des Praticiens, 1933.

ID. *La ptyalo-réaction appliquée à l'obstétrique à la gynécologie*. La Gynécologie, 1938.

SUNTI E RASSEGNE

CARDIOLOGIA.

La diagnosi differenziale clinica dell'infarto del miocardio.

(H. SCHÜLTEN. *Die Medizinische Welt*, 8 agosto 1942).

Molto spesso un infarto del miocardio viene misconosciuto per l'età troppo giovanile dell'infermo; invece l'A. ha potuto notare come questa affezione non sia eccessivamente rara nemmeno in individui giovani che, apparentemente in buona salute, prestano servizio militare. Esistono tuttavia dei sintomi clinici che permettono di fare la diagnosi, senza mezzi di ricerca molto fini come l'elettrocardiogramma, i cui dati del resto non debbono venire accettati come indiscutibili, perchè vi sono casi di infarto del miocardio senza il corrispondente reperto elettrocardiografico e casi in cui si deve fare un'altra diagnosi benchè l'elettrocardiogramma mostri alterazioni che parlerebbero per l'infarto.

Il sintoma principale dell'infarto cardiaco è l'accesso doloroso stenocardico grave e non influenzabile dai nitriti o altri medicamenti similari, pur dovendosi tener presente l'esistenza di casi in cui il dolore può mancare o essere molto leggero. Al momento dell'accesso può essere impossibile stabilire se si tratti di una semplice crisi di angor o di infarto del miocardio, giacchè i sintomi sono gli stessi, se si prescinde dalla durata, gravità e resistenza alla terapia. Ma, in prosieguo di tempo, si manifesta una serie di sintomi, che molto spesso chiariscono la diagnosi: essi sono l'aumento della temperatura, del numero delle pulsazioni, dei leucociti e della velocità di sedimentazione delle emazie, come pure l'abbassamento della pressione arteriosa. L'aumento della temperatura viene purtroppo molto spesso male interpretato e riportato ad una infezione inesistente (angina, influenza, ecc.); esso è per lo più di scarsa entità, talvolta più notevole (fino a 39°). Meno importante è la iperleucocitosi, che spesso è passeggera e poco marcata: molto significativo è invece l'aumento della velocità di sedimentazione delle emazie, soprattutto perchè esso persiste molto tempo (fino a 2-3 settimane dopo l'attacco doloroso).

Più difficile a giudicare sono i dati della pressione arteriosa, soprattutto se non se ne conosceva il valore precedente; la maggior parte delle persone che vengono colpite da infarto miocardico, presentavano prima dell'accesso una persistente ipertensione, sicchè valori che sarebbero normali per altri individui stanno a indicare in essi, dopo l'accesso doloroso, un netto abbassamento della pressione. Non raramente però nei giorni e nelle settimane seguenti all'attacco si trovano valori della pressione sotto o intorno ai 100 mm. di Hg e che sono già di per sè indici di ipotonia; ma tale reperto, unitamente ad un'anamnesi corrispondente, deve essere particolarmente sospetto, se qualche tempo dopo la crisi dolorosa i valori della pressione mostrano una tendenza all'aumento.

L'esame fisico e radiologico del cuore offre raramente segni decisamente probativi per un infarto. I toni cardiaci sono spesso molto fiochi; sospetta è una irregolarità dell'azione cardiaca mai precedentemente notata e non spiegabile in altro modo; abbastanza significativa è la comparsa di sfregamenti pericardici.

Come segno importante per un infarto oligo sintomatico è stata menzionata la ingiustificata comparsa di una insufficienza circolatoria, che però talvolta può nascondersi dietro segni infidi come insonnia, debolezza, vertigini, ipereccitabilità nervosa ecc.; in questi casi è utile il criterio ex-juvantibus, giacchè tali sintomi scompaiono dopo una terapia strofantinica, se sono dovuti a insufficienza cardiaca.

In base a quanto detto si può diagnosticare clinicamente un infarto del miocardio; un ottimo completamento per le ricerche diagnostiche offre poi l'elettrocardiogramma, che presenta nei casi recenti uno spostamento verso l'alto del tratto intermedio ST e successivamente un'onda T negativa ed uncinata (T coronaria) in diverse derivazioni.

La diagnosi differenziale dell'infarto cardiaco con l'embolia polmonare si basa sul fatto che nell'infarto prevale il dolore, nell'embolia polmonare l'affanno, mentre ambedue si accompagnano a senso di angoscia; la comparsa di espettorato ematico parla decisamente in favore dell'embolia.

Poco conosciuta è la somiglianza che si può avere tra il quadro di un pneumotorace spontaneo e un infarto cardiaco o più ancora con una stenocardia, somiglianza presente, oltre che nel campo clinico, anche, qualche volta, nel campo elettro-cardiografico. Questo dimostra che l'elettrocardiogramma non può talvolta aver valore decisivo per ammettere o meno un infarto cardiaco, tanto più che è stato frequentemente constatato al tavolo anatomico un infarto cardiaco che si era accompagnato ad un elettrocardiogramma normale o alterato in modo non caratteristico; un reperto elettrocardiografico negativo non autorizza quindi ad escludere la diagnosi di infarto, se il restante quadro clinico è sufficientemente sospetto.

F. T.

L'interpretazione e il significato dei vari tipi di ritmo di galoppo.

(E. MANNHEIMER. *Acta med. Scandin.*, fasc. IV-VI, 14 settembre 1942).

Nel ritmo di galoppo si ascolta un terzo suono in aggiunta ai due toni del cuore. Se il rit-

mo cardiaco è molto rapido non si riesce ad apprezzare coll'orecchio la fase particolare del periodo pulsatorio in cui questo suono aggiunto si produce. Qualche volta questa difficoltà si ha anche con ritmo normale per frequenza.

Un'altra difficoltà è quella di differenziare il rumore di galoppo dallo sdoppiamento del 2° tono. La distinzione a volte si può fare solo colla registrazione fonocardiografica.

Nel fonocardiogramma normale, tanto dell'adulto che del bambino, si trova accanto al primo e al secondo tono un terzo tono cardiaco e si trova pure un tono auricolare. Il terzo tono cardiaco si ha in 0,11-0,15" dopo l'inizio del 2° tono e si chiama fase del rapido riempimento. Esso dipende, secondo Ohm, dal rapido irrompere del sangue nel ventricolo e dal suo urtare contro la parete ventricolare quando, durante la diastole, la differenza di pressione fra orecchietta e ventricolo raggiunge il punto più elevato. Normalmente il 3° tono è di frequenza così bassa (vibrazioni al disotto di 40 al 1") da non poter essere udito. Quando c'è una dilatazione ventricolare aumenta la differenza di pressione e quindi anche l'ampiezza e la frequenza del tono, per cui esso diventa udibile. Questo 3° tono di galoppo o galoppo protodiastolico non è raro e si ha nei vari tipi di lesioni miocardiche. In genere si tratta di un fatto benigno che contribuisce al riconoscimento della debolezza del miocardio.

Il tono auricolare compare nella presistole, in genere 0,12" dopo l'inizio dell'onda P dell'elettrocardiogramma. Esso scompare nella fibrillazione auricolare. Si ha anche nei normali, ma meno frequentemente del 3° tono. Esso aumenta nella dilatazione auricolare dando un rumore di galoppo auricolare o galoppo preistolico, che è di significato prognostico molto grave. Si ha spesso nella stenosi mitralica con aumento dell'orecchietta sinistra e, di regola, indica una congestione venosa di grado maggiore o minore.

Nell'aumento di frequenza del ritmo, come pure nell'aumento del tempo di conduzione il terzo tono si avvicina nel tracciato al tono auricolare e può anche amalgamarsi con esso formando il rumore di sommazione. Il galoppo di sommazione è particolarmente frequente nei bambini per l'aumentata frequenza del ritmo. Si ritiene che abbia lo stesso significato clinico del galoppo auricolare.

Col rumore di galoppo si possono confondere lo sdoppiamento del 1° tono (che non è un fenomeno patologico), lo sdoppiamento del 2° tono (che è pure esso un fenomeno normale, ma può anche presentarsi nel blocco di branca), lo schiocco di apertura della mitrale (che si produce circa 0,07" dopo l'inizio del 2° tono.

La diagnosi differenziale fra questi tre fenomeni e il terzo tono è possibile a volte solo mediante la registrazione del polso venoso e del fonocardiogramma. Chiave dell'interpretazione è l'onda v del flebogramma che compare subito dopo il 2° tono. Difatti, lo sdoppiamento del 2° tono si ha sulla linea ascendente dell'onda v, lo schiocco di apertura simultaneamente coll'apice dell'onda v, e il terzo tono in coincideza colla linea discendente dell'onda v.

L'ascoltazione del ritmo di galoppo si fa meglio all'apice del cuore o un po' lateralmente ad esso.

In malati con sintomi cardiaci lievi (dispnea e modica tachicardia da sforzo) si ha spesso un secondo tono non molto distinto e all'esame fonocardiografico si riconosce l'esistenza del terzo tono. Si deve interpretare come un terzo tono normale o patologico? Il suono patologico ha un'ampiezza maggiore del tono normale e si accompagna ad alterazioni radiologiche del volume del cuore e a modificazioni elettrocardiografiche.

Interessanti sono i rapporti fra rumore di galoppo e murmure diastolico. I sopra toni del 3° tono sono spesso percepiti dall'orecchio come murmure protodiastolico. I sopratoni dell'aumento dell'orecchietta sono percepiti come murmure presistolico. Ma un murmure protodiastolico o presistolico non presuppone necessariamente i corrispondenti rumori di galoppo, nè i rumori di galoppo devono necessariamente avere dei sovratoni. L.

Il collasso della nascita e sua cura.

E. NAVRATIL, *Wien. Klin. Wochenschr.* 30 ottobre 1942.

Il collasso è caratterizzato da improvviso pallore, sudorazione, caduta della temperatura, tachicardia, respiro irregolare, invisibilità delle vene al dorso della mano e al cubito, cattivo polso radiale. Il collasso quale si ha tipicamente nel corso di malattie infettive e lo shock che è tipico dopo traumi meccanici rappresentano probabilmente una sola entità nosologica: almeno in ostetricia è opportuno considerarli tali. Il collasso può essere dovuto a fattori periferici e a fattori nervosi: i primi possono essere emodinamici, protoplasmatici o umorali, i fattori nervosi consistono in un perturbamento centrale del tono vasomotorio o nel determinarsi di riflessi vasomotori depressori (shoc traumatico). Tutte le forme di collasso determinano disturbi circolatori, per cui la massa di sangue circolante si riduce fino ad 1/3 del normale ed anche più. Il collasso della nascita può essere tossico, emorragico o nervoso-centrale; vi sono poi forme miste, forme dovute a malattie di cuore, dei polmoni, del torace, e forme dovute a calore.

Il collasso tossico è clinicamente assai simile a quello da anemia acuta: malessere, debolezza, pallore della cute e delle mucose, polso ap-

pena percettibie, filiforme, molto accelerato, respiro irregolare. Esso è dovuto a fattori protoplasmatici e umorali. Poichè questa forma di collasso si manifesta solo durante il parto o immediatamente dopo, esso è probabilmente provocato oltre che dai fattori meccanici anche da quelle sostanze endogene di cui si vale l'organismo per stimolare l'utero alla contrazione, e che potrebbero in questi casi non venir come normalmente, rapidamente neutralizzate. Potrebbe agire nello stesso senso anche un improvviso assorbimento di prodotti di sfacelo placentare. Appartiene al gruppo del collasso tossico anche la crisi circolatoria della eclampsia, soprattutto di quella senza convulsioni. Anche fattori endocrini possono avere importanza per il determinismo del collasso tossico; è certo che nella terapia danno buoni risultati i preparati di surrene contenenti sia midollare che corticale insieme. Si useranno anche farmaci che agiscano sulla circolazione sia centralmente che perifericamente e farmaci cardiotonici. La cura è coadiuvata da infusioni endovenose di soluzione fisiologica o di soluzione glucosata 5-10 %. Utili sono la posizione orizzontale, la compressione solida dell'addome con bendaggi, la somministrazione limitata di calore e la respirazione di acido carbonico. Anche se manca una spiccata atonia dell'utero si cercherà di favorirne la contrazione con farmaci adatti, per vuotarne i depositi ematici.

Il collasso emorragico o anemico-acuto si osserva per lo più al momento della nascita. Una perdita di sangue improvvisa e rapida produce più facilmente collasso che non una perdita modica e continuata: ma anche quest'ultima può riuscire pericolosa, specie se poi si aggrava d'improvviso. In genere si ha collasso per la perdita del 45 %-65 % della massa del sangue (2-2,1/2 litri per la gravida).

La emorragia può essere esterna o interna: nell'ultimo caso si deve differenziare il collasso emorragico dal collasso tossico. Dati utili si ottengono dalla percussione dell'addome in posizione laterale, dalla palpazione accurata dell'addome e al caso da una puntura esplorativa del Douglas o attraverso le pareti addominali. Dopo eliminata la fonte dell'emorragia si praticherà immediatamente una trasfusione di sangue; in caso di impossibilità, di soluzione fisiologica o di Ringer. Somministrazione limitata di calore, perchè un eccesso potrebbe, dilatando le vene cutanee, diminuire ancora più la massa di sangue circolante. Nelle ore successive si può avere un nuovo aggravamento spesso molto pericoloso; quindi accurata sorveglianza, e spesso necessità di ripetere le trasfusioni di sangue. Di essenziale importanza è evitare profilatticamente il collasso anemico, rimuovendo a tempo le cause di emorragia. Il collasso nervoso-cetrale e periferico possono esser provocati da traumi esterni (anche da una violenta manovra di Crede) o da un improvviso svuotamento dell'utero (parto precipitoso, idramnios, macrosomia) che alterando le condizioni di pressione nell'addome possono paralizzare lo splancnico. Cura: farmaci vasomotori e infusione endovenosa di 500 una soluzione glucosata 10 %; ma soprattutto imposizione di un sacco di sabbia sull'addome. Nelle malate di cuore o di polmoni, le forti contrazioni uterine possono provocare anormalmente diminuzione della pressione del sangue e bradicardia: minaccia allora il collasso nel periodo espulsivo, per cui evitando che la donna prema, si espleterà il parto operativamente. P.

La digitale in clinica.

(J. ALMELA GUILLEN. *Medicina Española*, giugno 1942).

Regna una certa confusione ancora a proposito della digitale, specialmente per quanto riguarda la sua composizione chimica, e Pirrot, parlando della digitale a lezione, suole dire « l'imbroglio della digitale ».

La porzione di pianta usata per l'estrazione, il clima e il terreno di coltivazione della pianta, i procedimenti usati nel disseccamento, i solventi, i reattivi, i metodi di lavoro sono tutti fattori sufficienti a produrre una differenza fra un prodotto e l'altro. Inoltre il complesso glucosidico è molto instabile.

La pianta più usata in Spagna è la *Digitalis purpurea*, che cresce nel paese, mentre vi è scanasciuta la *D. lanata*, che va estendendosi notevolmente in altri paesi europei, specialmente dell'Europa centrale.

Gli specifici più usati contengono la digitalina cristallizzata o la polvere di foglie. Le soluzioni di digitalina contengono 1 milligrammo ogni 50 gocce. I prodotti con polvere di foglia sono somministrati per la maggior parte in forma liquida e di regola 1 cc. equivale a 10 centigrammi di foglie.

La digitale è un medicamento del circolo generale, ma specialmente è un tonico centrale della fibra cardiaca. Somministrato ad un cuore insufficiente aumenta il volume minuto. Ha anche effetti periferici secondari: aumento della permeabilità capillare per l'ossigeno e quindi migliore diffusione dell'ossigeno nei tessuti, vascolarizzazione nel territorio splancnico, vasodilatazione in quelli cerebrale, renale e coronarico.

L'influenza benefica sul cuore si ha sopra tutto per l'allargamento della diastole e per il conseguente miglioramento del rendimento sistolico e la conseguente migliore irrorazione coronarica. All'aumento della diastole sono legati la sensibilizzazione del miocardio all'influsso vagale e la diminuzione dell'eccitabilità dell'apparato intracardiaco generatore e trasmettitore degli stimoli, come pure un'elevazione del potere elastico delle fibre muscolari. D'altra parte non si può nemmeno scartare l'a-

zione diretta sulla sistole per il rinforzo della fibra muscolare e per l'aumento del suo contenuto in potassio.

La digitale agisce favorendo la coordinazione e la sinergia delle diverse fibre muscolari nella sistole. Le ricerche roentgen-chimografiche hanno dimostrato che essa aumenta la partecipazione della punta all'azione cardiaca globale.

L'effetto globale della digitale sul cuore si può paragonare a quella della ipertrofia. Mentre coll'ipertrofia la natura compensa il deficit del miocardio leso, colla digitale si rinforza l'azione della fibra muscolare sana in sostituzione della minore attività della parte lesionata. Ricerche sperimentali di Cloetta, Schaffer, Weese e Dieckhoff hanno provato che nell'insufficienza aortica la somministrazione di digitale previene e ritarda la formazione dell'ipertrofia la cui funzione compensatoria non è necessaria nella stessa misura quando la digitale è usata precocemente.

Secondo Edens solo il cuore insufficiente o ipertrofico risponde all'uso della digitale; il cuore sano rimane indifferente.

I principi attivi della digitale constano di una genina legata per una catena laterale ad un numero variabile di zuccheri.

Oggi non si considera più sicuro come si considerava prima che i glucosidi della digitale si leghino al cuore per la via sanguigna, nella quale si accumulano in una proporzione non ben determinata. Quello che è accertato è che non tutta la digitale somministrata si accumula nel cuore, ma una parte si elimina per i reni. La possibilità che si accumuli nel cuore dipende dalla rapidità con cui penetra nel sangue: se si inietta per via endovenosa con grande sveltezza la digitale passa pure rapidamente per le coronarie e non si arresta al cuore.

Se la digitale si somministra per bocca c'è uno spazio di tempo che oscilla da tre a cinque ore secondo Pardee e Robinson, di dodici-ventiquattr'ore secondo Eggleton, necessaria perchè il medicamento agisca. Questo dipende dallo stato di congestione epatica e dalla capacità di assorbimento gastrico.

La digitale ha effetti tossici. Però non tutti gli effetti tossici che si hanno dopo somministrazione di digitale devono essere imputati al medicamento, perchè se i disturbi compaiono subito dopo la somministrazione della prima dose, bisogna pensare invece che non dipendano dal medicamento ma dalla malattia e assumono perciò un significato prognostico poco buono.

C'è una differenza essenziale fra i sintomi presentati da individui sani che hanno ingerito altissime dosi di digitale a scopo suicida da quelli presentati da malati di cuore che prendono dosi terapeutiche della medesima sostanza. Nella letteratura sono citati molti casi in cui si è avuta la guarigione dei sintomi cardiaci dopo la comparsa di vomito, bradicardia e aritmie. Se il cardiaco ha intolleranza per la digitale, questa intolleranza si esplica colla comparsa di aritmia crescente anche per piccole dosi e che può condurre a morte il malato. Nel sano non si ha mai, come nel cardiaco, un'inversione dell'onda T dell'elettrocardiogramma. Dice Edens che in fondo ai così detti sintomi di accumulo da digitale ci sono le lesioni miocardiche e di sclerosi coronaria.

La clinica mostra giornalmente i benefici effetti della digitalizzazione del malato delle valvole cardiache con miocardio sano e la difficoltà di ottenere gli stessi effetti in caso di alterazioni miocardiche o coronariche.

Concludendo possiamo dire che le dosi terapeutiche abituali di digitale non provocano lesioni miocardiche, mentre la somministrazione di digitale in dose tossica può dare alterazioni necrotiche e degenerative.

I sintomi di intolleranza sono vari: gastrointestinali (vomito, diarrea, dolori colici), generali (malessere, cefalea), renali (anuria), cardiaci (extrasistoli, polso bigemino, aritmia completa). L'elettrocardiogramma dimostra che le extrasistoli da digitale sono di fuoco multiplo, quasi sempre polimorfi, oppure si troverà il prolungamento atrioventricolare, il blocco atrioventricolare o di un ramo, o il « flutter », o la fibrillazione o l'inversione dell'onda finale del complesso elettrocardiografico.

Alcuni non accettano l'opinione che l'inversione dell'onda T o il blocco siano di origine tossica e ritengono invece che si tratti del risultato dell'eccitazione di una delle due curve monofasiche, che formano l'immagine normale. Si tratterebbe insomma di un fenomeno di interferenza per cui una T negativa non obbliga alla sospensione della somministrazione della digitale.

Secondo Scherf invece la comparsa di vomito e di polso bigemino obbliga alla sospensione immediata.

Per quanto riguarda il vomito esso si presenta in due modi. C'è il vomito consecutivo alla gastrite da saponine dovute a impurità del preparato e il vomito che si può chiamare cardiaco, che è in fondo un vomito riflesso provocato dal cuore attraverso il vago. Il vomito del primo tipo si ha nella somministrazione orale della digitale e al principio della somministrazione, mentre il vomito del secondo tipo compare più tardi ed è accompagnato quasi sempre da bradicardia, extrasistoli, ritmo bigemino.

La differenziazione di questi due tipi di vomito ha importanza notevole per la clinica, perchè nel primo caso si deve proseguire la digitalizzazione ma cambiando la via di somministrazione, mentre nel secondo caso la somministrazione deve essere sospesa. La dose alla quale compaiono i fenomeni di intolleranza varia da individuo a individuo in rapporto con fatti di tolleranza individuale.

Per quanto riguarda le controindicazioni della digitale, sul principio si riteneva che il suo uso fosse controindicato nell'ipertensione, nell'insufficienza aortica e nel blocco auricolo-ventricolare. Ma oggi queste condizioni non rappresentano più una controindicazione, che invece si ha per l'infarto cardiaco. Ma anche nell'infarto miocardico si potrà usare la digitale se i fenomeni di scompenso cardiaco sono tali da non essere prudente non intervenire contro di essi.

Indicazione netta all'uso della digitale è l'insufficienza cardiaca in qualunque delle sue forme, tanto la forma grave con anasarca che quella lieve con sintomatologia molto scarsa, come per esempio la tosse ribelle dei valvolari e degli enfisematosi e i piccoli edemi malleolari che compaiono solo la sera.

La maggioranza dei cardiologi è d'accordo nel ritenere che il massimo risultato si ha nei malati con fenomeni da stasi per lesioni valvolari, specialmente stenosi mitralica, sole o accompagnate da fibrillazione auricolare. Questo si comprende facilmente, perchè in questi casi si ha compromissione del muscolo auricolare con integrità di quello ventricolare.

Gli autori inglesi e danesi sono scettici sulla efficacia della digitale nei malati con ritmo sinusale contrariamente agli autori tedeschi e francesi.

L'esperienza clinica insegna che l'effetto sistolico-diastolico della digitale si ottiene in cuori insufficienti, in grado maggiore o minore secondo i casi e in rapporto all'entità della lesione miocardica.

L'A. insiste sulla necessità di non usare la digitale in tutti i casi di tachicardia, come pure nelle neurosi vegetative, nell'ipertiroidismo semplice, nelle malattie febbrili che provocano accelerazione del polso. La più preziosa indicazione all'uso della digitale è rappresentato dalla tachicardia completa o dalla tachicardia con fibrillzione.

Non si insisterà mai abbastanza sugli effetti dannosi che si possono avere per un dosaggio eccessivo del medicamento. Ma è bene non cadere nell'eccesso opposto della dose insufficiente come avviene per lo più nei casi con scompenso modico cronico. Il metodo migliore di somministrare dosi forti è quello di dare una quantità equivalente a 30-40 centigrammi di polvere di foglie fin dall'inizio e persistere aumentando o diminuendo la dose giornaliera secondo il comportamento del polso e l'eliminazione dell'urina. Solo nei casi lievi si può cominciare con dose equivalente a 10 centigrammi di polvere di foglie.

Non si può dire che un preparato è migliore di un altro. Si può dire solo che qualunque preparato è buono, purchè il medico ne abbia esperienza che gli permetta di discernere i fatti tossici e il momento di cessare la somministrazione (è il vecchio aforisma di Huchard: beato il cardiaco che è curato da un medico che conosce bene l'impiego della digitale. *N.d.R.*).

La via di somministrazione più consigliabile è la orale. Nel caso che si sospetti che per la notevole stasi non possa essere utilmente superata la barriera epatica si può ricorrere alla somministrazione per supposte anali che permettono alla digitale di giungere al cuore attraverso la cava inferiore senza passare per il fegato. La via endomuscolare e endovenosa è meno usata. Quella endovenosa può essere consigliabile nei casi in cui si ha bisogno di ottenere l'azione del medicamento in pochi minuti. Ma nei casi di necessità di azione rapida si consiglia invece l'uso della strofantina endovenosa, lasciando l'uso della digitale per via endovenosa solo in casi di intolleranza gastrica al medicamento. Se per difficoltà meccanica di praticare un'iniezione endovenosa è necessario pensare all'iniezione per via endomuscolare, utile è il digilanid che è ben tollerato per questa via.

L.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

ERNST MEYER. *Therapeutische Technik für die ärztliche Praxis*, G. Thieme, Lipsia, 1942.

Libro di quasi 1000 pagine destinato esclusivamente alla tecnica terapeutica. Esso contiene molte cose che generalmente non si trovano riunite in un libro. Il volume è diviso in due grandi parti: la tecnica della terapia generale e quella della terapia speciale. La prima comincia colla psicologia; segue la tecnica della dietetica per adulti e bambini. Una parte importante è consacrata alla tecnica della terapia fisica e specialmente al massaggio e alla ginnastica medica. Un capitolo ulteriore si occupa della preparazione dei medicamenti. Ma anche la chirurgia generale ha trovato suo posto nella parte prima.

La parte speciale è sottodivisa in capitoli per la tecnica terapeutica delle malattie interne, delle malattie dei bambini, per la chirurgia speciale; un gran capitolo è dedicato all'ortopedia. Poi vengono capitoli per tutte le altre discipline, malattie cutanee e veneree, malattie della donna, ostetricia, sistema uropoietico, otoiatria, oftalmologia, odontoiatria. Il libro è illustrato con 728 eccellenti fotografie per quasi ogni atto terapeutico; bellissima l'edizione con carta ottima e riproduzioni magnifiche.

M. MESSINI.

FRITZ EICHHOLTZ. *Lehrbuch der Pharmakologie* 2. Auflage. F. Springer, Berlino, 1942.

La farmacologia del Eichholtz è un libro non confrontabile con le altre farmacologie tedesche o italiane, poichè l'autore non parla molto della farmacologia sperimentale, ma enu-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

mera soltanto i fatti più importanti senza occuparsi dei metodi coi quali i resultati sono stati ottenuti. D'altra parte il pregio notevole del libro è costituito dal fatto che la farmacologia non è distaccata dalle altre discipline ma presentata nella cornice della fisiologia e della patologia generale. Questo metodo risulta vantaggioso per qualche capitolo della farmacologia p. e. per le secrezioni interne o per la vitaminologia. In altri capitoli l'autore è riuscito meno interessante, specialmente, ad esempio, nel capitolo sulla farmacologia della circolazione. Anche i sulfamidici — in confronto con la loro importanza e visto che il libro è scritto nel 1942 — sono stati svolti troppo brevemente e quindi in modo meno completo.

Si tratta in complesso di un libro molto utile scritto specialmente per gli studenti cui esso dà un riassunto non troppo profondo ma certo molto utile per un primo orientamento in questa difficile materia. M. MESSINI.

A. LEPRINCE. *Radiestesia medica*. Fratelli Bocca Editori. Prezzo Lire 20.

La collezione « Medicina d'avanguardia » che conta già pubblicazioni di Erskine, Lakhovsky, Calligaris e Palemidessi, si è arricchita di questo volume di Leprince, tradotto dal dottor Auglia.

Si tratta di argomenti che si allontanano in genere dalla comune medicina scientifica e pratica. Si tratta di idee e metodi che per la loro originalità talvolta non aderente alla realtà, non riescono a sensibilizzare la generale comprensione.

Il Leprince cerca di applicare alla terapia delle malattie umane le capacità rabdomantiche di alcuni individui.

È questa un'idea degna di considerazione e senza dubbio meritoria se convalidata da fatti controllati con severo rigore scientifico.

Certo gli studii del genere inspirerebbero maggiore fiducia se, prima che divulgati al gran pubblico, fossero serenamente dibattuti in sede competente. DR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Accademia delle Scienze di Ferrara.

Presiede il presidente prof. GAETANO BOSCHI

Seduta del 3 dicembre 1942-XXI

La determinazione del gruppo sanguigno può essere utilizzata quale prova biologica selettiva per i piloti di aeroplano?

G. B. ARGENTINA. — L'O. riferisce anzitutto su ricerche di Shaer secondo le quali i soggetti appartenenti allo stesso gruppo sanguigno si comportano in maniera differente da altri appartenenti ad altro gruppo sanguigno.

L'O. praticando la determinazione dei gruppi sangigni in 400 piloti già impiegati in varie specialità ha trovato: per la specialità « caccia » la maggior parte appartengono al gruppo A (46,3 %) e il 31.1 % al gruppo O; rispettivamente appartengono al gruppo O il 64 % longilinei; nel gruppo A il 61 % longilinei. Per la specialità « Bombardamento »: il 53,8 % appartengono al gruppo O, il 27,5 % al gruppo A (il resto a AB e B); rispettivamente degli appartenenti al gruppo O il 28 % erano longilinei, il 45,3 % normotipi e il 26,2 % brachitipi. Degli appartenenti al gruppo A il 48 8 % longilinei il 27,9 % normotipi e il 23,3 % brachitipi. Nella specialità aerosiluranti predominano gli appartenenti al gruppo A (42,40 %) ed in questo gruppo predominano i longilinei 52,17 per cento). Nella specialità « ricognizioni » spiccano gli appartenenti al gruppo O (54 %), l'83 % dei quali normotipi.

L'O. conclude:

1) la determinazione del gruppo sanguigno, se i dati surriferiti fossero ulteriormente confermati, potrà di buon diritto assurgere a reattivo biologico-attitudinale;

2) parallelamente a tale constatazione è risultato che il tipo costituzionale del maggior numero dei piloti d'aeroplano è il tipo stenico (per i piloti da caccia), mentre che per la specialità « bombardamento » esso si avvicina molto di più al normotipo ed al brachitipo;

3) che tale reattivo biologico potrebbe essere ulteriormente utilizzato per altre attitudini lavorative.

Discussione:

CAMPAILLA rileva l'importanza di queste ricerche dal punto di vista dei rapporti tra carattere e costituzione morfologica, giacchè da esso emerge in modo evidente una correlazione abbastanza costante fra gruppo sanguigno e abito morfologico. Da qui anche le correlazioni caratterologiche. Circa una selezione psicologica a fondamento tipologico, fatta con metodi morfologici e umorali, esprime la propria perplessità. Le varianti psichiche individuali sono infinite e un esame che voglia fondarsi su basi cratterologiche deve essere pertanto sopratutto psicologico ossia deve poggiare sul « comportamento » del soggetto tanto di fronte ad una situazione artificialmente creata o, meglio, di fronte a situazioni reali.

Accanto allo studio del comportamento debbono trovar posto: la ricerca delle attitudini specifiche, quella delle « tendenze » e tutti gli altri esami complementari fra i quali naturalmente ha il suo posto la ricerca del gruppo sanguigno.

BOSCHI commenta l'importanza del contributo biologico portato dal socio Argentina. È sempre una conquista della disamina clinica, medico-legale e biosociologica, quando si possa attingere a dati positivi e di laboratorio. È ovvio che si debba però aver presente come il dato di laboratorio raffiguri una faccia e spesso remota nell'aspetto poliedrico della personalità umana. Si trova incoraggiato a rivendicare la priorità italiana degli studi circa basi morfologiche della personalità umana, ricordando psichiatri allievi della Scuola di De Giovanni, oltre l'O. stesso (Boschi), D'Ormea e Maggiotto, Lugiato e Ohanessian, Tommasi.

Il V. Segretario: dott. GIOVANNI SANDRI.

Il medico umano non si arricchisce.
GUIDO BACCELLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA

L'ittero dissociato.

Nei casi di ittero da stasi, dice J. Takò (*Klin. Wochenschr.*, 29 agosto 1942) la comparsa di acidi biliari nel sangue e la determinazione quantitativa del rapporto tra acidi e pigmenti biliari nel siero forniscono dati molto utili per giudicare del grado delle lesioni epatiche; permettono quindi di formulare giudizi diagnostici e prognostici sull'ulteriore decorso della effezione. La formazione dei pigmenti e quella degli acidi biliari sono due funzioni dell'organismo del tutto indipendenti: i primi vengono prodotti dal reticolo-endotelio e sono solo eliminati nella bile dalle cellule epatiche, gli acidi biliari invece sono prodotti esclusivamente dalle cellule epatiche. Nell'ittero da stasti gli acidi biliari, di solito presenti nel solo circolo portale, passano nella grande circolazione. Anche se le cellule epatiche sono integre, il sangue contiene più pigmenti che acidi biliari; quando la sproporzione tra le due sostanze supera l'1:10, si parla di « ittero dissociato ». Dosaggi su ammalati ed esperienze su animali dimostrano che tale dissociazione indica sempre una lesione delle cellule epatiche, e che il rapporto tra pigmenti ed acidi biliari nel sangue rispecchia fedelmente i processi anatomici che avvengono nel fegato. Sperimentalmente l'A. ha prodotto ittero nei cani avvelenandoli con la fenilidrazina e con tetracloruro di carbonio, oppure legando loro il coledoco. Una sensibile dissociazione si notò solo nei casi di avvelenamento con tetracloruro di carbonio, in questi casi l'esame anatomico e istologico del fegato dimostrò sempre gravi lesioni parenchimali. Invece negli animali resi itterici, in cui mancava una sensibile dissociazione, il fegato si rivelò poco alterato. La determinazione del rapporto tra i pigmenti e gli acidi biliari nel sangue permette dunque nelle esperienze su animali di trarre sicure deduzioni sullo stato del fegato. Nell'uomo le ricerche vennero fatte su 18 itterici (occlusione calcolosa, tumori maligni, ittero catarrale). Nella occlusione calcolosa non vi era sensibile dissociazione, il rapporto tra i pigmenti e gli acidi biliari era inferiore a 1:2,6. In due casi di tumori maligni, rapporto 1:5 risp. 1:160. Un aumento progressivo della dissociazione nel corso della malattia, dimostrava sempre una affezione irreversibile e letale delle cellule epatiche (tumori maligni, atrofia gialla). Nei casi di ittero catarrale il rapporto tra i pigmenti e gli acidi biliari nel sangue fornisce dati prognostici utilissimi. I casi con apporto inferiore ad 1: 2,6 guarirono entro tre settimane, i casi con rapporto maggiore tardarono di più a guarire oppure dopo un iniziale miglioramento peggiorarono di nuovo. P.

TERAPIA

L'innesto sottocutaneo di compresse d'ormoni.

La somministrazione per via orale o parenterale di ormoni, ottenuti per estrazione dalle glandule endocrine o sinteticamente, non sempre riesce efficace a causa dell'azione discontinua e di breve durata. Si è pensato di ovviare a questo inconveniente mediante l'innesto di pezzi di glandole endocrine o più semplicemente mediante l'innesto sottocutaneo di compresse di ormoni. Queste compresse cedono all'organismo lentamente il loro contenuto in modo da realizzare approssimativamente le condizioni fisiologiche di assorbimento del secreto delle glandole endocrine.

I tentativi sperimentali fatti sugli animali con il progesterone, l'estrone, il testosterone, il desossicorticosterone hanno dato risultati positivi. Anche con l'insulina si è avuto qualche successo, certo però non superiore a quello dato dalle iniezioni d'insulina-zinco-protamina.

In clinica si sono avuti effetti altrettanto felici.

Bishop con l'impianto di una compressa di 14 mg. di estrone ottenne in una donna la scomparsa dei disturbi provocati dalla castrazione chirurgica.

Altri autori mediante l'impianto di compresse di α estradiol in 10 donne con la menopausa ottennero un miglioramento notevole dello stato generale e delle emorragie vaginali. L'effetto di questi impianti durò in media 24 giorni mentre l'azione delle stesse dosi introdotte per via parenterale non superava i 14 giorni.

Loeser riuscì a rendere feconda una donna sterile con organi genitali infantili, mediante l'innesto di compresse di 75 mg. di estradiol, e con l'innesto di testosterone arrestò in un'altra donna abbondanti menorragie dovute a fibromi uterini.

Vest e Howard mediante l'innesto di testoviron ottennero in 13 ragazzi criptorchidi risultati nettamente superiori a quelli ottenuti con alri metodi.

Thorn e Howard con l'impianto di compresse di 50-150 mg. desossicorticosterone ottennero in 6 addisoniani risultati brillantissimi, e nettamente superiori a quelli ottenuti con dosi maggiori dello stesso ormone introdotte per iniezioni.

Le compresse vengono preparate mediante la compressione in piccole presse metalliche di cristalli d'ormoni finemente polverizzati. Le compresse non devono essere friabili, devono essere ben levigate ed avere un aspetto leggermente lucente.

L'innesto si fa sotto la pelle dell'addome alla profondità di 1 cm. o poco più.

Ravina e Verriez (*Presse Médicale*, 27-30 agosto 1942) osservano che trattasi di un metodo di endocrinoterapia ancora troppo recente e poco diffuso per poter dare un giudizio su tutte le sue possibili indicazioni. Allo stato dei fatti sembra consigliabile nelle endocrinopatie a decorso cronico e piuttosto torpide: disturbi della castrazione e della menopausa, sterilità con o senza infantilismo genitale, criptorchidia dei ragazzi, morbo di Addison.

DR.

LABORATORIO

Determinazione del gruppo sanguigno dei reticulociti.

La differenziazione del gruppo sanguigno nell'uomo ha inizio fin dal periodo embrionale. I corpuscoli sanguigni del feto di 3-4 mesi contengono agglutinogeni e questa proprietà è praticamente completa nel neonato. Non si sa però in che periodo del loro sviluppo i globuli del sangue acquistano questa proprietà di gruppo sanguigno. I globuli sanguigni hanno breve durata di vita, probabilmente 20 giorni, e in questi venti giorni essi devono acquistare i caratteri che permettono di differenziare il gruppo sanguigno a cui l'individuo appartiene.

I reticulociti, che sono forme immature, si hanno nei sani in proporzione al disotto dell'1%. Heilmer ha distinto i reticulociti in cinque gruppi: il gruppo 0 comprende gli eritrociti nucleati o normoblasti, il I reticulociti con una formazione nucleosimile come un gomitolo, il II i reticulociti con rete a maglie larghe, il III con frammenti di rete e il IV con scarsi residui reticolari situati alla periferia della cellula.

Poichè nel sangue di individui normali i reticulociti sono in quantità scarsissima, per studiare i gruppi sanguigni sui reticulociti è necessario prendere il sangue di anemici che abbiano crisi reticulocitarie.

O. Sievers, (*Acta med. Scadin.*, fasc. II, 14 ottobre 1942), fece la prova di agglutinazione prelevando il sangue secondo il metodo indicato da Aberg e unendolo alla sostanza colorante. Unendo al sangue così trattato del siero umano isoagglutinante egli trovò che i reticulociti del I gruppo non erano modificati dai sieri isoagglutinanti, mentre quelli dei gruppi III e IV erano modificati come gli eritrociti maturi. I reticulociti del II gruppo stanno nei riguardi dell'agglutinazione fra questi altri gruppi nel senso che una parte di essi è agglutinata e una parte no.

L.

POSTA DEGLI ABBONATI

Eparina. — Al dott. G. Zuccalà, S. Lorenzo (Reggio Calabria).

L'eparina viene usata da vari anni (HEDENIUS, Lancet, pag. 1186, 1937; Clemens *Dtsch. med. Woch.*, pag. 1043, 1938, ecc., ecc.) per rendere incoagulabile il sangue nelle trasfusioni, a meno che la trasfusione non debba servire a scopo emostatico; si usa il preparato Vetren Promonta (2 cc. impediscono la coagulazione di 150 cc. di sangue per circa 2 ore).

Esiste un'ampia letteratura sull'azione antitrombotica dell'eparina, sia in esperimenti farmacologici (*Lancet*, pag. 130, 1938), sia in clinica; è stata studiata specialmente la sua azione oltrechè nelle tromboflebiti e nelle embolie arteriose, nella profilassi delle trombosi (specialmente coronariche e cerebrali) post-operatorie. Tale azione viene però giudicata con alquanto riserbo anche per le intolleranze che possono manifestarsi verso l'eparina, specie se non purissima. Nella profilassi della trombosi post-operatoria Murray e Best raccomandano di aggiungere a ogni 100 cc. di soluzione biologica 1000 unità = 10 mg. di eparina e di iniettarla con una velocità di 25 gocce al minuto; sono stati però anche iniettati 30-100 mg. di eparina. Kelson e White consigliano in altre affezioni (endocardite da viridans dopo i sulfamidici) di iniettare una fiala di eparina da 10 cc. in 500 cc. di soluzione fisiologica, quantità che viene perfusa goccia a goccia per via endovenosa ininterrottamente per 14 giorni.

Confezioni di Eparina da 10.000 unità sono preparate dalla Ditta Promonta G. m. b. H., Hamburg.

M. MESSINI.

VARIA

Psicopatie sessuali curate con la castrazione.

L'esibizionismo, sempre complicato con onanismo, è un impulso incontenibile che sfugge a qualsiasi controllo, a qualsiasi considerazione. I malati si rendono conto del loro pervertimento, ne hanno vergogna, decidono di non ripetere l'atto osceno, ma alla prima occasione ricadono.

L'unica cura efficace, afferma A. Jentzer (*Journal Suisse Médicale*, 30 aprile 1941) è la castrazione. Nei casi nei quali è stata praticata ha dato risultati sorprendenti.

I soggetti liberati dalla loro angoscia sessuale sono contenti ed esprimono senza riserve la loro soddisfazione.

Gli inconvenienti della castrazione non sono rilevabili. La soppressione del desiderio erotico e l'impotenza si manifestano subito dopo l'operazione, contrariamente a quanto avviene dopo l'ovariectomia nella donna, nella quale si ha un periodo di eccitazione postoperatoria.

L'impulso erotico è sostituito da un mite desiderio affettivo, quasi materno. Il carattere dei castrati diventa dolce, ragionevole. Le facoltà intellettuali, a parte un leggero indebolimento della memoria in certi casi, non sembrano ridotti.

La forza fisica e la capacità lavorativa migliorano.

Qualche volta si ha tendenza all'ingrassamento.

DR.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

In tema di regole deontologiche.

Una contestazione recente, che è stata causa di vivaci dibattiti, ha trovato risoluzione definitiva nella decisione emanata dalla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie nell'adunanza del 12 dicembre ultimo scorso.

Il caso era abbastanza singolare. Un sanitario condotto era stato richiamato alle armi ma era rimasto in servizio nella stessa sede della condotta. Con l'adesione dell'autorità tutoria, il sanitario era rimasto in servizio di condotta, percependo una indennità in luogo dello stipendio: questo gli era corrisposto dall'Amministrazione militare. Il Sindacato competente fece vive e reiterate pressioni per ottenere che il posto fosse conferito interinalmente ad un giovane sanitario del luogo, disoccupato. Anche verso il sanitario condotto richiamato alle armi il Direttorio del Sindacato fece molte premure perchè egli spontaneamente lasciasse il posto al sanitario che il Sindacato intendeva proporre come interino. Il titolare fece varie promesse in senso affermativo, ma non cedette. Da qui ebbe inizio un procedimento disciplinare, che sboccò in una gravissima sanzione.

Propose ricorso il sanitario punito, deducendo in primo luogo che il direttorio del Sindacato era incompetente ad infliggere la sanzione, in quanto i fatti contestati si riferivano all'attività del sanitario come dipendente dal Comune, anzichè al sanitario come libero professionista. In secondo luogo, il sanitario deduceva che il Sindacato aveva voluto punire nel sanitario stesso l'attività degli organi di tutela, i quali non avevano accolto le premure del Direttorio per la nomina di un interino, lasciando nel posto il titolare richiamato alle armi. Non è il caso di occuparsi qui delle deduzioni, particolari alla fattispecie, attinenti al merito.

La Commissione Centrale, nella decisione predetta, considerò anzitutto che il direttorio del Sindacato, con la deliberazione impugnata, non aveva inteso di colpire il fatto che il ricorrente avesse mantenuto entrambe le situazioni, quella di titolare di una condotta e di richiamato alle armi, ma avesse voluto colpire il dimostrato senso di mancanza di solidarietà del ricorrente, l'ostentazione di un egoismo inammissibile in regime corporativistico e la scarsa lealtà verso i componenti del direttorio.

Considerò, inoltre, la Commissione Centrale che l'intervento e l'azione spiegati dal direttorio del Sindacato rientravano nei limiti dell'esercizio dell'attività istituzionale del Sindacato stesso, il quale aveva chiesto e non imposto alle Autorità un provvedimento inerente al cumulo di due uffici pubblici; il Sindacato stesso non poteva imporre, ma semplicemente sollecitare dal sanitario condotto titolare il volontario abbandono temporaneo di uno dei due uffici predetti. Pertanto — prosegue il Collegio — se è innegabile che nessuna veste ed autorità aveva il Sindacato per obbligare il sanitario titolare alla rinunzia ad uno dei due posti, è altresì innegabile che il Sindacato avesse bene il potere e la competenza di eccitare il sanitario ad una condotta conforme ai doveri di solidarietà e di colleganza. Ora, concluse il Collegio, l'accertamento e la punizione per la inosservanza di tale dovere rientrano nei poteri del Direttorio, essendo pacifico, anche per giurisprudenza costante dello stesso Collegio, che l'attuazione delle regole deontologiche deve essere fatta sulla base dell'applicazione dell'art. 16 del R. D. L. 5 marzo 1935, n. 184, sulla nuova disciplina giuridica delle professioni sanitarie, il quale, com'è noto, dichiara punibile la condotta del sanitario contraria al decorso e alla dignità professionale.

La Commissione, in definitiva, pure approvando l'operato del direttorio del Sindacato, ritenne che l'azione del sanitario, tuttochè riprovevole e disciplinarmente punibile, fosse stata troppo severamente valutata dal direttorio, ed in conseguenza la Commissione centrale ridusse di molto la punizione.

Dall'esposizione del fatto e dai motivi della decisione emerge la delicatezza delle questioni sottoposte al giudizio della Commissione centrale.

Se i fatti attribuiti al sanitario condotto fossero stati considerati come inerenti al rapporto d'impiego, chiara sarebbe stata la incompetenza del direttorio, in quanto, nei confronti dei sanitari condotti, esso ha un potere disciplinare solo nei limiti della libera attività professionale di detti sanitari. E non solo incompetente sarebbe stato il direttorio; ma il suo provvedimento disciplinare sarebbe stato anche illegittimo, dato che il direttorio, in sostanza, si sarebbe sostituito all'autorità comunale e all'autorità tutoria nello stabilire se il sanitario potesse o non comulare l'esercizio delle funzioni di sanitario militare e quelle di sanitario condotto.

La Commissione Centrale, escludendo che il direttorio si fosse intromesso in un campo che non gli era proprio, ha esaminato la situazione dall'esatto punto di vista dell'osservanza delle regole deontologiche, pervenendo alla

(Continuazione alla pagina seguente).

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

(*Seguito della* Politica sanitaria *dalla pag. prec.*)
conclusione che, solo da tale punto di vista, il sanitario meritasse un richiamo. La decisione ci sembra astrattamente esatta. Riteniamo infatti che l'unico aspetto dell'attività del sanitario che nella vicenda sopra esposta il direttorio del Sindacato potesse colpire disciplinarmente era appunto il difetto di colleganza dimostrato dal Sanitario nelle condizioni particolari in cui i fatti si erano svolti.

È ovvio che la decisione non può avere valore di massima, essendo evidente che il Sindacato non può costringere i sanitari iscritti nell'Albo ad abbandonare un posto retribuito per darlo ad altro collega sia pure disoccupato. Possiamo ammettere che, nella fattispecie che formò oggetto della decisione, le circostanze particolari fossero tali da giustificare l'irrogazione di una senzione disciplinare. Ma estendere il principio a tutti i casi sarebbe oltremodo pericoloso.

Cronaca del movimento corporativo

Gratuiticità dei certificati medici per gli alimenti supplementari.

Il Ministero dell'Interno ha confermato che sui certificati medici da valere per l'ottenimento dei generi alimentari supplementari ai malati non deve applicarsi la marca sindacale assistenziale.

A norma di una convenzione nazionale col Sindacato nazionale dei medici, tutte le prestazioni professionali a favore dei mutilati sono compensate con una quota capitaria annua; pertanto i medici fiduciari della Mutua non possono esigere il pagamento del loro onorario professionale, per la visita che eventualmente fosse necessaria prima del rilascio dei certificati suddetti.

CONCORSI.

Concorsi a premi.

Premio « Guido Banti »

Presso la R. Università di Firenze è aperto un concorso per il premio biennale « Guido Banti » istituito coi proventi del fondo raccolto dal dott. Silvio Dessy, allievo del prof. Guido Banti, fra i medici di Buenos Aires per onorare la memoria del Maestro, da conferirsi al miglior lavoro originale sopra argomenti di anatomia o istologia patologica a preferenza con indirizzo etiologico e patogenico. Possono partecipare al concorso studiosi italiani regnicoli o non regnicoli o argentini, purchè le ricerche da loro fatte siano state eseguite in Istituti italiani o argentini. I lavori debbono essere scritti in italiano e presentati in cinque copie. Si possono presentare al concorso anche lavori già pubblicati, purchè non antecedenti di due anni alla chiusura del concorso.

I concorrenti dovranno presentare entro il 30 giugno 1943-XXI alla Segreteria degli affari generali della R. Università i lavori ed i documenti di cui nel bando (che s'invia a richiesta).

Premio « Elide Piccinini Stramezzi »

Presso la R. Università di Firenze, dall'Istituto nazionale di Storia delle Scienze, è indetto il concorso al premio « Elide Piccinini Stramezzi » per l'incoraggiamento agli studi di Storia della Medicina italiana.

Potranno concorrere al conferimento del premio, studiosi di nazionalità e di razza italiana.

I concorrenti dovranno presentare al Rettorato della R. Università degli Studi, piazza S. Marco 4, domanda in carta legale da L. 6 entro il 28 ottobre 1944-XXII.

Il premio unico e indivisibile ammontante a lire 2000 verrà conferito dopo la deliberazione della Commissione giudicatrice.

Per altre informazioni chiedere copia del bando.

NOTIZIE DIVERSE

I nostri eroi.

Il ten. col. med. prof. Federigo Bocchetti aveva preso posto in un aereo che, nel cielo sovietico, doveva portare rifornimenti ad un nostro presidio accerchiato dai nemici e stremato di forze, prendere i feriti più gravi e portarli all'ospedale. Dell'equipaggio faceva parte il generale Enrico Pezzi, comandante l'aviazione italiana in Russia.

Non si ebbero più notizie dell'apparecchio: invano i piloti esplorarono il cielo e la terra e pattuglie esploranti si spinsero fra le linee nemiche, scandagliando le « dalche » e le foreste: l'aereo e l'equipaggio erano scomparsi.

Abbiamo nutrito a lungo la speranza di ricevere la notizia che gli eroici aviatori si siano salvati e la speranza non è ancora spenta.

La perdita del Bocchetti sarebbe un grave lutto per la famiglia medica italiana e vogliamo augurarci che questa iattura ci sia risparmiata.

Congressi e convegni.

È indetta per il 4 aprile p. v. alle ore 9 nei locali del R. Istituto di Radiologia al Policlinico di Roma sotto la presidenza del prof. E. Milani la XXV Riunione dei radiologi del Gruppo centro-meridionale-insulare. Vi saranno svolti argomenti di radiologia e in special modo quelli vertenti sul tema: « Nuove conoscenze, indirizzi e recenti mezzi nella diagnostica e nella terapia radiologica, con speciale riguardo alla radiologia di guerra e del tempo di guerra ».

I soci della « Sirm » e tutti i cultori di radiologia sono invitati a partecipare inviando i titoli delle comunicazioni prima del 25 marzo al segretario del Gruppo prof. Attilj (Ospedale del Littorio, Roma).

La Società tedesca di chirurgia ha in programma di tenere la sua 65ª riunione dal 6 al 9 ottobre, sotto la presidenza del prof. Lawen di Königsberg. Segretario è il prof. O. Nordmann, Martin Luther-Krankenhaus, Caspar-Theyss-Strasse 27-31, Berlin-Grünewald. Gli annunzi di comunicazioni d'ordine militare devono essere fatti pel tramite delle autorità militari.

Commemorazione di Codivilla.

Promossa dalla società medico-chirurgica bolognese, il 28 febbraio, nell'aula delle lezioni della

clinica ortopedica dell'Istituto « F. Rizzoli » è stato solennemente commemorato il fondatore dell'ortopedia italiana, Alessandro Codivila.

Alla celebrazione sono intervenute numerosissime personalità del campo scientifico medico italiano, autorità cittadine e numerosi feriti di guerra ospiti del centro ortopedico, che ha sede nell'Istituto Rizzoli.

Il presidente della società medico-chirurgica, prof. Leonardo Martinotti, dopo aver dato lettura di numerose adesioni, ha rievocato Alessandro Codivilla, annunciando infine la imminente pubblicazione di un volume contenente la biografia e scritti inediti dello scomparso.

Successivamente la grande figura e l'opera di Codivilla sono state rievocate dai proff. Bartolo Negrisoli, Francesco Dalitala, Gherardo Forni e Africo Serra.

Un po' dovunque.

Il Bollettino N. 1003 del Quartier Generale delle Forze Armate reca che un treno ospedale tra Gabello e Strongoli (Catanzaro) è stato mitragliato da aerei nemici.

Il 20 febbraio venne inaugurato il settimo anno della Pontificia Accademia delle Scienze. Il Papa pronunziò un elevato discorso sviluppando il tema: « Le leggi che governano il mondo ». Parlò poi il presidente dell'Accademia, padre Gemelli.

In Germania il Comando Supremo delle Forze Armate ha disposto che tutti i militari affetti da malattie veneree debbano essere trattati solo da medici militari. Qualora nel luogo di residenza manchino ufficiali medici specializzati in venereologia, è consentito di prendere in considerazione il trattamento da parte di un medico civile; occorre, all'uopo, un'autorizzazione scritta.

In occasione del decennale del Partito Nazionalsocialista, il Führer ha conferito il titolo di professore a molti studiosi che hanno reso segnalati servizi nel campo bellico. Tra gl'insigniti sono dieci medici: i generali Richard Hamann e Hans Müller, i funzionari Hallmut Haubold e Stähler, i primari ospedalieri Johannes Petermann, Ernest Wild, Alfred Brauchle, Hans Stadler, il direttore dei laboratori farmacologici Schering di Berlino, Max Dohrn, e il medico specialista Oskar Weski.

Il Ministero britannico degli approvvigionamenti ha decretato che il chinino debba essere riservato ai soli malarici.

La Corte di Cassazione ha confermato una sentenza della Corte d'Assise di Milano, che aveva condannato una levatrice a 10 anni di reclusione per pratiche abortive e due complici a 5 anni.

A Buenos Aires il noto chirurgo dott. Moldino Figueira si è auto-operato di appendicite; l'intervento è perfettamente riuscito.

La Società medica del Friuli si è adunata il 25 novembre sotto la presidenza del prof. A. Varisco; sono state fatte comunicazioni da G. Pieri, A. Pavoni, S. Pascoli.

La Società di cultura medica novarese si è adunata il 14 gennaio sotto la presidenza del prof. C. Ferretti; sono state fatte comunicazioni da G. Martelli, P. Fornara.

È in progetto la costruzione di un sanatorio svizzero per artisti colpiti da tubercolosi; esso sorgerebbe a Leysin. All'uopo si è costituito un comitato, presieduto dalla sig.ra Leuba, vedova e già collaboratrice del dott. Rollier e si è organizzata una società, « Sanart » (sanatorio per gli artisti), che provvede alla raccolta dei mezzi economici.

Riferiva la « Stefani » da Tangeri che negli ospedali di Gibilterra erano arrivati, sino alla metà di febbraio, 286 soldati più o meno gravemente feriti durante le mischie furibonde che scoppiano continuamente fra la soldataglia anglo-americana e la popolazione marocchina e algerina.

Il Ministero dell'Agricoltura degli Stati Uniti ha limitato severamente la vendita dei prodotti alimentari conservati, di cui si faceva larghissimo consumo.

Nel Reich è andato in vigore un nuovo ordinamento dell'assicurazione contro gl'infortuni. È stabilita l'assicurazione familiare, dietro corresponsione di un premio di RM. 1,50 mensili. In caso di morte del capo famiglia, viene assegnato un indennizzo ai sopravvissuti di 1000 RM. e in caso d'invalidità completa egli riceve un indennizzo di 5000 RM. Per le madri di famiglia gl'importi sono di 1000 e 3000 RM.; per i figli di 4-16 anni sono di 100 e 1000 RM. È anche consentita un'assicurazione individuale con premio di RM. 1 mensili e indennizzo di 1000 RM. in caso di morte e di 500 RM. in caso d'invalidità. Quest'assicurazione comprende gl'infortuni da oscuramento, per la ricerca affrettata dei rifugi, per sopraffollamento dei mezzi di trasporto, ecc.

All'Istituto portoghese di oncologia si è organizzata una serie di conferenze settimanali, dal 22 gennaio al 28 maggio.

La Reggenza dell'Università di Basilea ha sottoposto al delegato del Consiglio federale per le costruzioni universitarie un progetto d'« Istituto svizzero per le malattie tropicali », giustificato dal moltiplicarsi dei rapporti tra la Svizzera ed i paesi tropicali, rapporti che per l'avvenire si prevedono sempre più intensi.

Il 26 febbraio si è spento in Roma il prof. CESARE MICHELI. Nato nel 1866 a Spoleto, venne giovanissimo nella capitale e vi si stabilì. Dopo aver fatto pratica ospedaliera nei reparti chirurgici, si specializzò in ostetricia e ginecologia e divenne uno degli allievi più apprezzati del Pestalozza. Di operosità molteplice, fu primario ostetrico nella Maternità di San Giovanni, direttore della Maternità « Savietti » e direttore della Guardia Ostetrica Permanente. Svolse azione fattiva quale sub-commissario dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia. Organizzò per lunghi anni i congressi nazionali di ostetricia e ginecologia. Ha pubblicato importanti lavori scientifici e clinici. Nel 1939 venne elevato alla dignità senatoriale. La sua vastissima clientela si estendeva dalle classi più umili alle più alte.

I funerali sono stati imponenti. L. P.

Nel fasc. 8, p. 263, 8° capov., linea 2, leggere: 1942.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Klin. Woch., 31 ott. — B. KOMMERELL. Genesi dei calcoli biliari. — A. FERENCZY. Sulla diagnosi di tifo add.

Med. Klin., 30 ott. — E. RIECHERT. Causalgia. — S. FREY. Congelam. in guerra.

Rif. Med., 24 ott. — P. COTRUFO. Ecg. nell'amebiasi. — G. CANALI. Tumori mal. della milza.

Indice alfabetico per materie

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME L — Roma, 15 Marzo 1943 - XXI — Num. 11

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER L'ANNO 1943

Singoli:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 100	L. 145
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile)	L. 70	L. 80
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 70	L. 80

Cumulativi:	Italia	Estero
(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica)	L. 155	L. 210
(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 155	L. 210
(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chir.)	L. 200	L. 275

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 7; della PRATICA L. 5.

I numeri, che vengono tutti scrupolosamente spediti, se non reclamati entro un mese dalla loro pubblicazione, si rinviano soltanto a pagamento

L'importo dell'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato, *senza tassa,* nel Conto Corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. 5.

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
E TERAPIA CLINICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI BARI
Direttore: Prof. LUIGI FERRANNINI

Il metodo della dezuccherazione di Brünings nella terapia dei tumori.

Dott. FRANCESCO CAPUTI, assistente ordinario.

Dopo le classiche esperienze di Warburg numerose ricerche si sono susseguite sui rapporti tra sviluppo tumorale e ricambio idrocarbonato. Rondoni dimostrava per primo che le iniezioni parenterali di glucosio eccitano la crescita del sarcoma di Jensen e delle neoformazioni da catrame, e Silberstein dimostrava l'azione rallentante della insulina sulla crescita dei tumori; lo stesso Silberstein applicò la terapia insulinica in patologia umana su cancerosi inoperabili con risultati molto scarsi. Basandosi su questi precedenti Brünings esponeva tra il 1941 ed il 1942 i primi risultati ottenuti in cancerosi con la insulinoterapia associata ad una dieta priva di idrati di carbonio.

Riassumendo 30 storie cliniche Brünings concludeva per una azione specifica della sua cura sui fenomeni secondari come cachessia, inappetenza; vomito, dolori, emorragie, insistendo sopratutto su di uno stato euforico che comparirebbe già nei primi giorni di trattamento; per contro la formazione tumorale in se sarebbe poco influenzata, e forse più per la riduzione dei fatti infiammatori sempre presenti nel tessuto neoplastico che per una azione diretta sul tessuto neoplastico stesso. Pertanto egli propone la sua cura come trattamento preoperatorio, come trattamento di diagnosi ex adiuvantibus, come trattamento palliativo nei casi desolati e come coadiuvante della terapia fisica.

Per quanto Brünings non avesse mancato di sottolineare che i benefici effetti della cura difficilmente si mantengono per oltre un mese, gran rumore si è fatto su questa nuova cura del cancro sia nel campo medico che nel campo

profano. Roberti e Casati in Italia e Schulte e Scütz in Germania ripresero le esperienze modificando il metodo di Brünings nel senso di spingere la somministrazione di insulina fino al coma o almeno al precoma ipoglicemico; i risultati ottenuti da Casati e Roberti, troppo precipitosamente divulgati, sono stati poi ritrattati, mentre i due Autori tedeschi si dimostrano poco entusiasti dei risultati ottenuti. Secondo la loro esperienza qualche risultato, per altro non costante, si otterrebbe solo arrivando al precoma: l'effetto principale sarebbe quello euforizzante, mentre i dolori, provocati dal carcinoma verrebbero per lo più attutiti forse in rapporto alla azione analgesica da taluni riconosciuta alla insulina; comunque gli effetti della insulinoterapia non durerebbero per più di una settimana dopo la sospensione della cura.

Così stando le cose ho ripreso le esperienze di Brünings attuandone integralmente il metodo originale che consiste nel tenere i pazienti per un periodo di 7-14 giorni ad una dieta assolutamente priva di carboidrati iniettando contemporaneamente insulina in dosi crescenti da 30 fino a 60 unità al giorno, opportunamente refratte secondo la tolleranza individuale; la povertà in vitamine di questa dieta è corretta con somministrazione artificiale di vitamina C e D.

Ho trattato così 8 cancerosi seguendo lo stato psichico dei soggetti e le condizioni fisiche generali attraverso il peso corporeo e le variazioni della crasi ematica; ho seguito inoltre l'andamento della glicemia e della chetonemia e, allo scopo di indagare l'intimo meccanismo di azione del trattamento, ho eseguito prima e dopo il trattamento le reazioni di Sivori, Elsberg e Bothelo.

Tra i miei malati erano: un carcinoma spinocellulare recidivo della guancia, due cancri scirrosi inoperabili della mammella, un adenocarcinoma recidivo della mammella in un uomo, un adenocarcinoma della mammella sottoposto dopo ad intervento chirurgico, un carcinoma inoperabile della portio, due carcinomi della piccola curvatura.

Il caso più grave da me trattato è stato quello della donna con carcinoma della portio ampiamente diffuso ai paramentri con dolori nevralgici specie lungo l'arto inferiore destro e spiccate note di cachessia: questa donna ha avuto solo un molto lieve miglioramento dei dolori limitatamente ai primi giorni di cura.

Negli altri casi, tutti meno disperati di questo, la cura è stata sempre ben sopportata, l'umore dei soggetti è stato beneficamente influenzato per lo meno nel senso che essi non mostravano quello stato di animo proprio di chi sa di avere una tale malattia. Contemporaneamente è migliorato lo stato generale con un aumento di peso che ha oscillato tra 200 e 1600 grammi (due soli casi hanno perduto di peso), e miglioramento della crasi sanguigna che ha segnato un guadagno tra i 110.000 ed i 530.000 globuli rossi per millimetro cubo di sangue, mentre in un solo caso si è avuta una lieve perdita di globuli rossi; non è però da trascurare il fatto che forse non tutti i pazienti avevano a casa loro quel conforto di ambiente e di alimentazione che loro offriva invece la clinica.

La glicemia naturalmente si è abbassata fino al minimo riscontrato di gr. 0,60 ‰, ed in due casi al 10° ed al 13° giorno di trattamento si aveva una lieve crisi ipoglicemica; parallelamente si è innalzata la chetonemia senza mai raggiungere però valori pericolosi: i massimi riscontrati sono di mgr. 8,90 % per l'acetone e di mgr. 21,15 per l'acido βossibutirrico; debbo dire però che i valori più alti di una frazione acida si accompagnavano sempre a valori relativamente bassi dell'altra frazione acida.

Per quanto riguarda i fenomeni locali sia nel carcinoma della guancia che nei tre cancri mammari inoperabili si è avuto un discreto miglioramento dei dolori, molto scarso però nel caso dell'uomo; i noduli neoplastici e le ulcerazioni si sono lentamente estesi. Nel caso invece di adenocarcinoma operabile della mammella di nodulo neoplastico, se non si è ridotto di volume, si è certo reso più mobile sia rispetto ai piani profondi che rispetto alla cute sovrastante. Purtroppo però l'esame istologico, praticato dopo intervento operatorio, non ha dimostrato particolarità riferibili alla cura fatta.

I migliori risultati sono stati quelli ottenuti in due malati di cancro gastrico: si è avuta scomparsa dei dolori e delle emorragie prima frequenti in un caso, e l'appetito è aumentato sì da rendere gradita agli infermi la dieta iperproteica, e conseguentemente si è avuto il più notevole miglioramento dello stato generale. Uno di questi soggetti è stato subito dopo operato dando la conferma della diagnosi; l'altra che aveva già un tumore palpabile, è rimasta stazionaria ancora per una ventina di giorni, poi è precipitata. In tutti gli altri casi il miglioramento è cessato quasi con il cessare della cura.

Purtroppo le reazioni biologiche eseguite prima e dopo il trattamento hanno dato costantemente lo stesso risultato, il che porta a pen-

sare che non è da aspettarsi da questa cura un radicale mutamento del terreno biologico del blastomatoso.

L'azione euforizzante, molto vantata dagli Autori tedeschi e gli entusiasmi un po' attenuati dello stesso Brürings nella sua seconda comunicazione, mi hanno ispirato fin dall'inizio il sospetto che tutta l'azione della dezuccherazione potesse ridursi ad un fatto suggestivo ben facile ad esplicarsi per un breve periodo in soggetti che si sottopongono ad una nuova cura scoperta per il loro male ritenuto incurabile. Partito con questa prevenzione mi son guardato bene dallo esercitare alcuna influenza psichica sui miei malati e a nessuno ho fatto grandi promesse: a quelli che venivano già edotti sulla entità del loro male ho parlato di cura coadiuvante la radioterapia per cui erano stati inviati in Clinica; ai due cancerosi gastrici la diagnosi, posta per la prima volta qui, è stata tenuta nascosta.

Se per le circostanze del momento non si rendesse ogni giorno più difficile tenere un soggetto a dieta esclusiva di grassi e di proteine, avrei atteso di poter fornire i dati di una più larga casistica; d'altra parte però i modesti vantaggi da me constatati coincidono in massima con quelli ottenuti da Schulte e di Scütz. Credo perciò di poter concludere che la terapia di Brünings, in genere ben tollerata e scevra di pericoli se condotta in una clinica con personale addestrato, offre qualche vantaggio per altro di breve durata, solo in una piccola percentuale di casi. Comunque l'esperienza di Brünings rappresenta nella terapia dei tumori il tentativo più spinto sulla scia delle vedute di Warburg; purtroppo però una cosa è il ricambio della cellula neoplastica ed una cosa diversa è il ricambio dell'organismo portatore di una neoplasia, e solo fino ad un certo punto si può influenzare l'uno attraverso l'altro.

Comunque gli effetti sia pure modesti ed incostanti della terapia di Brünings possono essere utilizzati per una eventuale associazione con altri metodi di cura.

RIASSUNTO.

L'A. ha trattato col metodo di Brünings 8 carcinomatosi seguendone le condizioni generali fisiche e psichiche, la crasi sanguigna, la glicemia, la chetonemia, le prove di Bothelo, Elsberg, Sivori. Solo due pazienti affetti da carcinoma dello stomaco hanno avuto un buon miglioramento però di breve durata.

BIBLIOGRAFIA.

Brünings. Münchner medizinische Wschft. n. 4 e 5, 1942.
Scultze e Schutz. Medizinische Wschft. 29, 1942.
Rondoni. L'attualità medica, n. 4-6, 1942.
Silberstein, ecc. Wiener Klin Wschrift, n. 13, 1925.

PROSPETTIVE

Ospedale Civile di Prato

Considerazioni sulla etiopatogenesi dell'appendicite.

Prof. Aurelio Angeli,
direttore della Divisione Chirurgica

È indubbio che in questi ultimi anni il concetto etio-patogenetico classico dell'appendicite è stato sottoposto a critiche. Critiche non del tutto ingiustificate al lume delle nuove acquisizioni scientifiche che da un lato si allacciano allo studio della flora batterica intestinale, della sua origine e della via seguita per giungere all'intestino; dall'altro si collegano ai fenomeni della anafilassi e alla parte che essi possano avere nella produzione della sindrome morbosa.

La elaborazione di questi nuovi concetti può essere condotta in Italia alle idee, di derivazione sperimentale, espresse dal Sanarelli e dalla sua Scuola e a quelle, derivanti in modo particolare dallo studio sui malati, del Baggio.

L'interesse di questa nuova materia di studio e di onesta critica è fuori di dubbio anche perchè essa si riflette dal patrimonio culturale di tutti i medici a quella che è la pratica quotidiana di ciascuno nello studio e nel trattamento del malato.

Mi è sembrato perciò ben giustificato un esame analitico di tali idee, della loro origine e della loro evoluzione per dedurne se e in qual misura esse possano modificare le acquisizioni correnti.

Il concetto ezio-patogenetico classico

Il termine « appendicite », in contrapposto a quello più antico della « tiflite » (Albers 1838), fu introdotto nel 1889 dal MacBurney. Il concetto classico dal punto di vista ezio-patogenetico fu di infezione della mucosa e del tessuto adenoide sotto mucoso. La lesione essenziale è la follicolite con partecipazione dell'intero sistema linfatico dell'organo.

Per ciò che si riferisce alle modalità con le quali l'infezione si inizia e si stabilisce, gli AA. moderni si richiamano all'Aschoff al quale si deve infatti un accurato capitolo sull'appendicite, studiata soprattutto dal punto di vista anatomo-patologico.

I concetti di quest'autore riassumono infatti la teoria classica lungamente accettata e vale quindi la pena di dipetere qui schematicamente il suo pensiero.

Egli distingue nelle appendiciti una forma acuta o dell'attacco appendicolare; una forma in via di guarigione (a. cicatrizzante); una forma cicatriziale che rappresenta il postumo stabilizzato.

L'agente infettante proviene dal lume intestinale e la sua virulentazione è favorita dal ristagno provocato, in determinati segmenti dell'appendice, dalle cripte e dalle pieghe della mucosa normale.

In corrispondenza di tali insenature si inizia il focolaio primitivo della infezione, a volte riconoscibile solo microscopicamente come una piccolissima perdita dell'epitelio che è sostituito da uno zaffo di leucociti e di fibrina. Dall'insorgenza di più focolai della mucosa deriva, per diffusione del processo, una partecipazione di tutti gli strati cosicchè la sottomucosa, la muscolare e la sierosa appaiono infiltrate di leucociti neutrofili ed eosinofili. Si è passati in tal modo dall'appendicite acuta semplice a quella flemmonosa; con formazione più o meno spiccata di essudato peritoneale peri-appendicitico privo di germi (peritonite tossica).

Da questo stadio si può passare a quelli di guarigione già ricordati per regressione del processo. Si possono invece costituire dei piccoli ascessi parietali, anche semplicemente microscopici, che si aprono o verso l'interno (empiema dell'appendice) o verso l'esterno (peritonite settica). Si può inoltre avere una trombosi infiammatoria in un distretto venoso più o meno importante e quindi un infarto emorragico, con necrosi a tutto spessore e perforazione della parete fino alla gangrena totale dell'organo. Inutile aggiungere le modalità con le quali si può giungere ai diversi tipi della peritonite settica.

Circa l'appendicite cronica l'Aschoff propende ad ammettere che essa è la conseguenza di un attacco acuto; per quanto si debba riconoscere un quadro doloroso della fossa cecale in soggetti che non hanno mai sofferto di coliche appendicolari e in relazione a cause non ben definibili (appendicopatia cronica). Come si vede il concetto predominante era di una sepsi propagatasi dal lume intestinale; pur tuttavia anche la via sanguigna non era esclusa. Scriveva infatti il Forgue: La appendicite ha per causa prima l'infezione della cavità e delle pareti dell'organo. Di solito questo stato infettivo dipende dalla propagazione di un'infezione intestinale; ma in alcuni casi essa può farsi per via sanguigna (appendicite nel corso di una gastrite, di un'angina, di un'influenza, di stafilococcie).

LE IDEE DEL SANARELLI

Le idee del Sanarelli sono ormai universalmente note. Esse portano ad una radicale trasformazione dei concetti classici e quasi assiomatici sulla patogenesi delle infezioni intestinali.

Sono state l'oggetto delle ricerche sperimentali e degli studi suoi e della sua scuola le febbri tifoidi e paratifoidi, il colera, le dissenterie, il carbonchio detto « intestinale » e infine le varie forme enteriche aspecifiche, per le quali era da tempo generalmente ammessa l'origine enterogena. Fra queste l'appendicite.

La deduzione di grande interesse derivante da tali indagini è stata concretizzata nel riconoscimento di un « gastro-enterotropismo microbico »; del requisito cioè proprio agli agenti specifici delle malattie intestinali, di trasportarsi, fissarsi ed esercitare la loro azione patogena prevalentemente nelle pareti del tubo digestivo, qualunque possa essere stata la loro origine di penetrazione nell'organismo.

Per comprendere l'evoluzione di tali concetti è bene seguire l'Autore fin dalle sue prime ricerche riguardanti la febbre tifoide che si iniziarono fra il 1892-1894. Il concetto dominante era che il bacillo di Eberth, introdotto coi cibi o con le bevande inquinate, superato lo stomaco, andasse poi a trovare nel segmento ileale la sede più propizia al suo sviluppo. Ne derivava la sindrome del tifo addominale per la presunta azione dei prodotti tossici elaborati nell'intestino e poi assorbiti attraverso le sue pareti e messi in circolo.

Il Sanarelli ha potuto sperimentalmente dimostrare sulle cavie che l'iniezione sottocutanea dei germi provoca la sindrome con le tipiche localizzazioni intestinali. I bacilli hanno invaso i gangli linfatici e lo stroma connettivale del mesenterio e dell'epiploon; essi sono scarsi invece nei vasi sanguigni, nelle placche del Payer e nel lume intestinale. Deriva da ciò che le alterazioni localizzate alle pareti intestinali e ai suoi organi linfatici sono dovute, in modo prevalente, all'azione della endotossi-

na batterica che agisce da tergo, con affinità elettiva sulle cellule epiteliali della mucosa.

Ciò sembra confermato dal fatto che nella cavia anche l'iniezione ripetuta di sola endotossina può condurre agli stessi fenomeni.

Numerosi nel lume intestinale si rinvengono i detriti e le cellule di sfaldamento che nella caduta hanno trascinato anche scarsi germi specifici.

Ricchissima invece la flora comune, specie il coli-bacillo influenzato e virulentato certo dalla modificazione dell'ambiente umorale intestinale che ha perduto il potere inibitorio o antitossico del secreto intestinale normale.

Questi concetti, accolti da un numero notevolissimo di patologi e clinici italiani e stranieri, tolgono al tifo il carattere vero e proprio di « infezione intestinale ».

I germi penetrati nell'organismo umano attraverso la mucosa della cavità orale invadono il circolo e, per via linfatica, in virtù del loro enterotropismo elettivo, giungono agli organi linfatici della parete intestinale. L'azione della loro endotossina provoca i fenomeni secondari già accennati che possono essere variabili per estensione e intensità a seconda del terreno organico sul quale s'impiantano.

***

Il concetto sulla patogenesi del colera, dopo i primi casi osservati nel 1817 nelle Indie dai medici inglesi, era rimasto invariato anche dopo la scoperta del germe patogeno, fatta 66 anni più tardi da Roberto Koch: « l'uomo inghiotte il microbo, questo attraversa in un modo o in un altro lo stomaco, arriva nell'intestino, vi si moltiplica e vi elabora il suo veleno che si riversa poi in circolo, assorbito attraverso le pareti intestinali ».

Ma è ormai sperimentalmente dimostrato che i vibrioni colerici possono essere introdotti in dosi elevatissime (Burgers) nel lume intestinale degli animali senza dare origine a manifestazione alcuna morbosa; e ciò perchè la mucosa intestinale sana non assorbe la tossina colerica e non ne è danneggiata in nessun modo.

Il Sanarelli, sperimentando nelle cavie, ha dimostrato che forti dosi di vibrioni iniettati nel cavo peritoneale penetrano attraverso la sierosa nel circolo sanguigno e finiscono per dirigersi e concentrarsi nelle pareti intestinali che rappresentano la loro meta e il loro naturale emuntorio. Le cavie così trattate muoiono per gastro-enterite causata dai vibrioni che, dalla parete intestinale, si versano in grandissima quantità nel lume insieme ad abbondanti prodotti di desquamazione.

Ma perchè la sindrome mortale possa verificarsi è necessario che i germi arrivino nel circolo linfatico o sanguigno degli animali: che sieno cioè iniettati nelle cavità sierose, nel sangue o anche sotto cute.

Una sola via pare del tutto innocua, la via gastro-intestinale; quella appunto che si era sempre considerata come l'unica e naturale via d'entrata del germe! È stato infatti dimostrato l'errore di interpretazione delle esperienze del Metchnikoff nei conigli lattanti. I germi introdotti per via buccale in questi, come in altri animali e come anche nell'uomo, non superano la barriera acida dello stomaco sufficiente a distruggerli.

Provata la permeabilità ai vibrioni della mucosa naso-bucco-faringea, fu facile dimostrare che la sindrome colerigena era opera di quei germi che per questa sola via indiretta avevano potuto aggredire l'intestino da tergo.

Un fenomeno d'interpretazione incerta era sempre rimasto l'algidismo dei colerosi con la sua triade sintomatica non dissociabile: ipotermia, depressione circolatoria e anuria. Il Sanarelli interpreta questo fenomeno in modo del tutto originale come una « crisi anafilattica ». E ciò partendo dalla osservazione della singolare frequenza con la quale nei cadaveri dei colerosi, sezionati anche precocemente, si ritrovano microbi di infezioni secondarie e associate.

Egli ha infatti dimostrato fra l'altro che se, a distanza di 24 ore dalla iniezione endovenosa di una dose non mortale di vibrioni, si inietta nelle vene di un coniglio una piccola quantità di cultura filtrata di colibacillo si assiste spesso allo scatenarsi di una crisi equivalente all'algidismo, rapidamente mortale.

***

Sulla via segnata dalle dimostrazioni sperimentali per il tifo e per il colera, il Sanarelli è potuto giungere a conclusioni analoghe anche per il carbonchio « intestinale », per la dissenteria bacillare e per altre infezioni ritenute enterogene. Ma un interesse particolare per noi riveste la sua concezione patogenetica dell'appendicite, sulla quale ci soffermeremo.

Per questa egli parte dal concetto già noto ed espresso da numerosi operatori, della coincidenza dell'insorgere di appendiciti nel corso di infezioni ematiche le più svariate. Il Faisans parla di vere e proprie epidemie di appendicite durante manifestazioni epidemiche influenzali.

È noto come già il Bizzozzero e il Ribbert abbiano dimostrato nello spessore dei follicoli linfatici dell'appendicite normale del coniglio, la presenza di microbi abituali della flora bacterica intestinale quali lo streptococco e il colibacillo.

Ma il Sanarelli nega che questi sieno penetrati dal lume enterico attraverso la mucosa e ha dimostrato, fin dal 1916, come l'appendice vermiforme del coniglio rappresenti un organo escretore di microbi. Tale nozione è stata poi confermata sperimentalmete dalla grande maggioranza degli osservatori e non c'è dubbio ormai che la mucosa intestinale (priva di lesioni parietali) deve ritenersi assolutamente impervia ai microbi.

Nei conigli neonati la prima flora microbica che si insedia nel canale intestinale è quella del colon, del cieco e dell'appendice. Essa proviene dalla cavità buccale, segue la circolazione generale e giunge così alla parete intestinale dalla quale è versata entro il lume.

Nulla contrasta il pensare che dalle fauci i germi giungano per via ematica all'appendice, organo escretore di microbi e possano creare le condizioni proprie della sofferenza appendicolare cronica e le premesse all'attacco appendicolare acuto.

Dice il Sanarelli: « Come è noto, il sintomo veramente caratteristico saliente e pericoloso dell'appendicite è l'*ictus* appendicolare, ossia l'attacco acutissimo che si manifesta ad un tratto, fulmineo, come un « colpo di pugnale » in un appendice già affetta da flogosi cronica».

Egli trova che tale fenomeno è analogo, clinicamente, all'attacco di algidità che si osserva nel coleroso; con manifestazioni che ci richiamano al quadro degli accidenti anafilattici.

E con questo concetto egli è riuscito in qualche coniglio a provocare un accidente mortale iniettando, come preparazione, una piccola quantità di stafilococchi nella parete appendicolare e spingendo poscia nelle vene un antigene scatenante batterico come ad esempio del piocianeo. All'autopsia il reperto è di « appendice arrossata, tumefatta, edematosa, disseminata di macchie emorragiche e riempita di poltiglia sanguinolenta ». A questo si accompagna urina scarsa e albuminosa, sterilità del peritoneo, del sangue e di tutti i visceri.

L'autore identifica questo quadro alle appendiciti ipertossiche che si riscontrano nell'uomo e pensa che l'appendicite acuta, così detta tossiemica, sia di origine ematogena a penetrazione orale e rappresenti una sindrome anafilattoide analoga a quella sperimentale da lui ottenuta.

Questo concetto trova conferma nel fatto che, secondo Letulle, nell'uomo l'appendice è permanentemente in uno stato patologico il che spiegherebbe, secondo il concetto dell'anafilassi, il caso, descritto dal Randolph, di numerosi militari nei quali l'iniezione antitifica (antigene scatenante) diede manifestazioni intestinali fino a veri attacchi di appendicite che resero necessario l'intervento.

Il Sanarelli pensa che in questi casi le appendici già colpite da flogosi croniche di natura microbica, e quindi già sensibilizzate, risentono gli effetti scatenanti del proteide tifico, iniettato a scopo di vaccinazione.

***

Come si vede il Sanarelli conserva all'appendicite il concetto eziologico di infezione batterica. Egli nega soltanto che l'infezione parta dal lume appendicolare attraverso la mucosa e si richiama anche quì alla dimostrazione di un enterotropismo microbico per via retrograda dal circolo sanguigno e linfatico.

La esistenza di appendiciti influenzali e l'insorgenza frequente di appendiciti nel corso di altre malattie infettive serve certo ad avvalorare queste sue deduzioni di ordine sperimentale; cosicchè oggi le sue idee in tal senso sono largamente accettate in contrasto con quelli che erano gli insegnamenti classici.

Resta solo da chiederci se veramente l'intera flora batterica intestinale abbia questa origine o se una parte di essa riesca a superare l'ostacolo della acidità dei succhi digerenti, per giungere ancora vitale nell'ambiente meglio abitabile del grosso intestino.

Si potrebbe utilmente cosiderare quello che avviene nelle perforazioni delle ulceri gastriche o duodenali. E ricordare le ricerche batteriologiche del Löhr e di altri autori che hanno trovato nel versamento peritoneale la prevalenza dello streptococco emolitico e del b. coli. Judine, su cento casi esaminati al momento della operazione, ha trovato la prevalenza del diplostreptococco e dello streptococco (nel 66% dei casi) seguiti a distanza dallo stafilococco (12%). In 11 casi il versamento peritoneale si dimostrò sterile.

Ora questi reperti non hanno un valore probativo agli affetti di quanto ci siamo domandato; poichè resta a chiederci se l'origine di tali germi sia o no l'ambiente gastro-duodenale perforato. Tuttavia non è da escludere che

se la via del canale digerente è del tutto inadatta per i germi specifici, essa possa permettere a qualche varietà di germi della flora microbica comune di passare in condizioni di vitalità ai segmenti distali dell'intestino.

Questa probabilità del resto nulla toglie alle dimostrazioni sperimentali del Sanarelli, poichè sembra ormai provato a sufficienza la assoluta prevalenza della via sanguigna e linfatica nel trasporto dei germi alle pareti e quindi anche al canale enterico.

Conservata adunque la etiologia microbica, il Sanarelli prospetta un quadro patogenetico dell'appendicite del tutto nuovo e di grandissimo interesse.

L'appendicite, egli scrive, non consiste solo in un processo di follicolite; e l'attacco acuto non può essere una semplice recrudescenza o ricaduta di un processo cronico, esso è invece un fenomeno di shock anafilattico.

Nessuno può negare la suggestività di questa teoria. Ma non sembra che la dimostrazione sperimentale dell'A. sia sufficiente a farcela ammettere in tutti i casi. La sindrome mortale che egli ha ottenuto nei conigli sensibilizzati è ben lungi dall'essere costante ed anche solo frequente. Egli stesso scrive che l'attacco si è ottenuto solo in qualche caso e raramente.

Ma vediamo la sua descrizione, poichè si può anche obiettare che il reperto da lui trovato si allontana dal quadro comune dell'appendicite che siamo usati a considerare nei nostri malati.

All'autopsia « oltre all'urina scarsa e albuminosa e alla sterilità del peritoneo, del sangue e di tutti i visceri, si trova l'appendice arrossata, tumefatta, edematosa, disseminata di macchie emorragiche e riempita di poltiglia sanguinolenta ».

Ecco adunque il reperto presentato da un coniglio morto con sindrome acutissima: degli stafilococchi erano stati iniettati nella parete della sua appendice, del piocianeo era stato iniettato per via endovenosa e non può destare meraviglia che in qualche caso si sia avuta una sindrome mortale e un reperto locale come quello descritto. Si può tuttavia obiettare che questo non è il quadro dell'appendicite umana.

Nella quale o si tratta di una forma acuta semplice non perforata, sia pure anche con sfacelo della mucosa e flemmone della parete, e allora il caso non è affatto mortale e non dà, di regola, la morte, con fenomeni tossici viscerali; o si tratta di una forma acuta perforativa e allora la morte si può qualche volta avere, ma con un meccanismo legato alla peritonite settica complicante.

Giustamente il Sanarelli mette da parte queste due forme e ravvicina il suo quadro sperimentale « a quelle forme cliniche di appendicite umana, chiamate ipertossiche, nelle quali l'intervento chirurgico fa vedere l'appendice contenente coaguli di sangue nero o una poltiglia nera maleodorante di sfacelo, con gangrena della mucosa, oliguria, stranguria, albuminuria ecc. ».

D'accordo anche se in queste forme ipertossiche nell'uomo quasi sempre si ha anche perforazione con scarso pus grigiastro di tipo streptococcico e lesioni del parenchima epatico messe in evidenza dall'ittero. Però occorre dire che queste forme rappresentano una scarsissima minoranza del numero complessivo delle appendiciti acute. Esse abitualmente capitano alla nostra osservazione nel corso di epidemie influenzali e sembrano in relazione con un ben determinato ceppo batterico.

Infatti se ciascuno di noi risale ai casi sui quali la esperienza personale è fondata, potrà ricordare come nel corso di numerose epidemie di forme varie infettive, classificate comunemente come influenzali, egli abbia avuto occasione di operare numerosi gruppi di appendiciti insorte presumibilmente con quelle.

Ma i pochi casi di appendiciti ipertossiche, quasi sempre mortali, alle quali il Sanarelli si riferisce, appariranno essi stessi raggruppati nel corso di questa o di quella determinata epidemia.

In altre parole; se l'epidemia influenzale dà di regola l'insorgere di numerosi casi di appendicite comune, solo qualche epidemia influenzale può dare un gruppo di appendiciti gravi ipertossiche.

E se a queste vogliamo dare il valore di shock anafilattico, non dimentichiamo che anche il Sanarelli sperimentalmente è riuscito solo eccezionalmente, in qualche caso a provocare la sindrome nel coniglio; il che ci spinge ad argomentare che se la genesi anafilattica si deve ammettere essa non è la regola, ma l'eccezione.

E ciò del resto è confermato dalla osservazione stessa del Randolph il quale se ammette l'origine anafilattica dell'appendicite in un gruppo di vaccinati con iniezione antitifica e se (col Letulle) accetta come pacifico uno stato patologico permanente (a base infettiva) dell'appendice, ci deve anche spiegare come mai non si noti sempre o quasi, in occasione di vaccinazioni profilattiche, qualche gruppo almeno di attacchi appendicolari.

LE IDEE DEL BAGGIO.

Per chiarire il suo indirizzo di fronte alla teoria infettiva classica dell'appendicite, il Baggio ha dichiarato di voler abbattere la «vecchia casa» per costruirne un'altra del tutto nuova.

Egli infatti ha affermato che la « teoria batterica dell'appendicite contrasta e ai reperti batteriologici e ai reperti operatori ». E ha aggiuno: « Il costante controllo operatorio dimostra invece che nessuna appendicite decorre con peritonite suppurativa ove l'appendice non sia perforata ».

Ora per illustrare il primo di questi postulati egli prende una vecchia distinzione in appendicite mucosa e appendicite flemmonosa e trova nei due casi rispettivamente una azione necrotica e una suppurativa che non possono trarre origine da un'unica causa batterica (Il Baglivi - 1936, n. 6).

Ma si può obbiettare che la disquisizione è solo sulle parole poichè, a parte gli appellativi che nella enorme letteratura si possono trovare attribuiti all'appendicite, non esistono l'appendicite acuta mucosa e quella flemmonosa. Esiste solo l'appendicite acuta semplice, dalla quale va solo distinta l'appendicite perforata.

Siamo d'accordo che va modificato il concetto patogenetico dell'appendicite acuta; ma vediamo di conservare ad essa la eziologia infettiva. La modificazione è solo in rapporto alla stazione di fermata dei germi e alla sede iniziale di attacco della loro azione patogena.

Accettiamo quella che è ormai una verità acquisita, che i germi non attaccano l'epitelio della mucosa dal lume appendicolare (come vuole l'Aschoff), che essi invece, come regola, giungono per via vasale retrograda al tessuto follicolare linfatico della sottomucosa; e allora vedremo che l'infiltrazione flemmonosa e la caduta in necrosi della mucosa sono entrambe assai bene spiegabili senza ricorrere al concetto classico patogenetico che non si reggeva appunto perchè basato su un errato presupposto: la lesione epiteliale iniziale.

Chiaro che una linfangite settica che trova il suo logico maggiore sviluppo nello strato sottomucoso, alterando il circolo, provoca la necrosi e la caduta della mucosa. E chiaro altresì che una maggiore virulenza dei germi può fare sentire la sua azione distruttiva anche verso lo strato muscolare e sieroso così da provocare la perforazione, o anche la necrosi estesa, della parete a tutto spessore.

Nè si intende quale valore di conferma possa dare alla prima affermazione la seconda, che cioè nessuna appendicite decorre con peritonite suppurativa ove l'appendice non sia perforata.

È vero che nel concetto classico si ammetteva che piccoli ascessi parietali dell'appendice potessero aprirsi verso la sierosa lasciando integra la mucosa così da farne derivare una peritonite settica senza perforazione. Ma tale concetto è stato pian piano messo da parte e riconosciuto errato tanto chè, anche se a tale proposito poco si trova scritto, la gran maggioranza dei chirurghi si è resa conto che la peritonite settica è sempre la conseguenza di un'appendicite perforativa. Per conto mio questa nozione era da tempo acquisita tanto che, quando in un caso credetti di trovare una eccezione a questa regola, mi affrettai a farne l'oggetto di una breve nota illustrativa. (Riv. It. di Clin. e Terap., 1930).

D'altra parte è facile rendersi conto che quando la necrosi distruttiva o l'infiltrazione leucocitaria hanno vinto la resistenza fornita dallo strato muscolare e sieroso esse debbono avere già, in precedenza, abbattuta quella assai più fragile dello strato mucoso. Basterà anche qui tener presente che il punto di partenza della sepsi è il tessuto linfatico della sottomucosa. Nè credo si possa negare l'azione favorevole in tal senso dovuto alle trombosi vasali; tanto più se si tien conto della scarsità di anastomosi che è la caratteristica dell'arteria appendicolare.

A perforazione avvenuta, l'inquinamento del peritoneo trova alimento da tutto il materiale settico che riesce a passare attraverso la breccia; sia esso il contenuto appendicolare o sia anche il prodotto della distruzione parietale.

Se l'esame dell'appendice mette in evidenza anche del pus, dice Baggio, « esso è pus che all'appendice si è diffuso dal peritoneo anzichè esserne partito ».

Ciò è certo dettato all'autore dall'amore verso la sua tesi. Trascuriamo per ora il pus che possa infiltrare la parete appendicolare e richiamiamoci ai reperti di vero empiema appendicolare, ove all'intervento si metta in luce una appendice ripiena di vero pus; il che a ogni esperto chirurgo è capitato più di una volta (non parlo di liquido mucoso torbido). Ci sia o non ci sia ancora la perforazione, chi mai si sentirà di affermare che quello è un pus da diffusione, di origine peritoneale extra-appendicolare?

Il Baggio poi sottolinea le « osservazioni dalle quali risulterebbe che nelle appendiciti associate a peritonite la flora batterica si ri-

duce, anzichè aumentare ». E richiamandosi all'esperimento del Sanarelli si domanda se il fenomeno più che ai germi non sia riferibile « alla sostanza di cui i batteri sono composti».

Ora per ciò che riguarda il tifo lo stesso Sanarelli ha già dimostrato, come abbiamo visto, che le lesioni della parete intestinale sono dovute in modo prevalente all'azione dell'endotossina batterica. Nulla da obbiettare quindi sulla identica possibilità nel caso dell'appendicite. V'à solo da notare che l'esperimento scatenante della scossa appendicolare mortale attuato dal Sanarelli non dà (come pure abbiamo visto) la perforazione dell'appendice, ma un quadro assai diverso che l'A. identifica con quello delle appendiciti ipertossiche.

***

Se vogliamo ora seguire la elaborazione dei concetti personali eziopatogenetici che il Baggio è venuto perfezionando in questi ultimi anni, occorrerà riferirsi alle idee da lui espresse in una fase iniziale e che potrebbero nelle loro basi fondamentali essere così sintetizzate: l'elemento essenziale che conduce allo stabilirsi di una appendicite è l'alterazione dei succhi digerenti che vengono a contatto con la mucosa cieco-appendicolare.

Gli elementi che concorrono a facilitare l'azione del succo enterico sono principalmente due: uno di ordine meccanico, uno di ordine bio-chimico.

Quale elemento di ordine meccanico va considerato tutto ciò che, favorendo il ristagno nel lume appendicolare, tende a prolungare l'azione patologica dei succhi digestivi (stenosi da posizione, strozzamenti ecc.); e a tal riguardo va riconosciuta un'azione estremamente favorevole al calcolo fecale che, quando esista, serve ad assorbire e a concentrare i succhi digestivi alterati e a localizzarne meglio l'azione sulla parete fino a condurre alla perforazione per necrosi e flogosi dispeptica.

Il fattore di ordine bio-chimico è rappresentato da uno stato di sensibilizzazione proteica che dovrebbe condurre a fenomeni analoghi a quelli di anafilassi batterica ammessi dal Sanarelli.

« Per la patogenesi dell'appendicite » aggiunge l'A. « si potrebbe usare il qualificativo di meccanico-digestiva ».

Ma questi concetti che trovo espressi in pubblicazioni degli anni 1935-36-37 sembrano non poco modificati se si legge la sua più recente nota divulgativa (V. *Policlinico* - Sez. Pratica, 15, XII, 1941). Sembra infatti da questa ultima lettura che egli abbia trasferito al primo piano il fenomeno anafilattico poichè, trascurando l'azione meccanico-digestiva, così si esprime: L'appendicite è uno stato di sensibilizzazione dell'appendice per effetto di sostanze estranee che provengono da assorbimento intestinale e si eliminano ripetutamente attraverso l'appendice come possono eliminarsi attraverso qualsiasi altro organo che abbia potere eliminatorio.

Su gli effetti di questa eliminazione esplicano decisiva influenza le condizioni di canalizzazione dell'appendice. Quando il canale appendicolare sia pervio, le « sostanze nocive » che riattraversano le pareti dell'appendice dalla periferia al suo lume, si limitano ad alterarle in forma vascolare istiocitaria (appendicite infiltrativa). « Quando invece il lume appendicolare sia occluso, come può esserlo anche per la sola presenza di un coprolito, sulle alterazioni che alle pareti dell'appendice derivano dal fatto del ripetuto passare delle suddette sostanze nocive attraverso il loro spessore domina uno sfacelo necrotico-emorragico (appendicite perforativa) ».

Questa modificazione o, se vogliamo, questo perfezionamento di concetti appare più evidente se si legge il parallelo che nel 1935 (*Il Policlinico* - Sez. Pratica, p. 2411-2412) il Baggio faceva rilevando le analogie patogenetiche dell'appendicite con le gastriti erosive e con la colite muco-membranosa. Lesioni tutte dovute a una causa comune: « la perturbata azione dei fermenti digestivi in genere ». Aggiunge poi l'A.: « Ora, se un'originaria alterazione di uno o di più o del complesso dei fermenti suddetti, o un errato modo di confondere le loro singole azioni, o il prolungato contatto fra contenuto e parete può produrre una colite, egualmente può produrre le alterazioni necrotico-flogistiche dell'appendicite ». « Questa azione necrotica e flogistica, in genere, da parte dei fermenti digestivi autoctoni, rientra nel novero delle azioni chimiche sui tessuti viventi, *alle quali si crede di dover aggiungere la locale azione anafilattica* ».

Come si vede secondo la concezione originaria l'A. dona all'azione anafilattica un solo valore di preparazione dei tessuti a lasciarsi sfacelare dall'attività patologica del succo digestivo.

Oggi la teoria del Baggio sembra invece unificarsi con quella anafilattica e differenziarsi da quella del Sanarelli solo per il fatto che si tratta qui di anafilassi abatterica da proteidi. Dico sembra perchè in realtà non pare bene definito il carattere delle « sostanze e-

stranee » di cui parla l'A. nella pubblicazione già citata.

E ritornando alle analogie ammesse dall'A. di ordine patogenetico fra appendicite, gastrite erosiva e colite muco-membranosa, viene logico di domandare se anche tali quadri morbosi debbono essere spiegati sempre con lo stesso meccanismo di sensibilizzazione.

Ma v'ha piuttosto da ricordare un'altra malattia, che ha con l'appendicite una indubbia analogia tanto che si può dire si identifichi con essa. Intendo parlare della « diverticolite ».

Il diverticolo di Meckel ha la forma e la costituzione di una vera e propria appendice. Esso, quando esista, sbocca nell'ultimo segmento del tenue e i suoi strati sono identici e quelli dell'appendice, compreso il tessuto linfatico della sottomucosa.

La rarità della diverticolite corrisponde alla rarità della presenza del diverticolo. La lesione si presenta col polimorfismo clinico e anatomo-patologico proprio dell'appendicite.

Si deve ammettere anche per la diverticolite una genesi anafilattica?

Insiste in modo particolare l'A. nel chiarire la differenza fra appendicite infiltrativa e appendicite perforativa. Patogeneticamente la prima è una reazione al passaggio « libero » di tossine attraverso la parete appendicolare; la seconda uno sfacelo locale in dipendenza del passaggio delle stesse tossine; passaggio però che si ripete attraverso la parete appendicolare, con moto di andare e venire, fino al fenomeno perforativo. L'occlusione del lume appendicolare è la causa principale di tale ondeggiamento di sostanze nocive, di tossine; appunto perchè esse sono ostacolate a prendere la via libera del lume cieco-colico.

Mi sembra che il concetto espresso nella sua pubblicazione del 15 dicembre 1941 possa essere condotta a questo schematismo. Il quale, a parer mio, urta contro una prima resistenza che viene dalla nostra abitudine mentale nel considerare la funzione degli organi ed apparecchi. Male è accettabile infatti teoricamente questa funzione ad un tempo di assorbimento e di eliminazione da parte di uno stesso viscere (l'appendice) rispetto a un identico, ben determinato elemento (sostanza nociva).

Sperimentalmente il Sanarelli ha dimostrato una funzione eliminatrice dell'intestino di fronte a numerosi germi enterotropi e alle loro tossine; ma egli ha anche dimostrato che l'epitelio intestinale non assorbe tossine microbiche e non si lascia attraversare dai germi.

Inoltre lo stesso A. ha messo in luce sperimentalmente un fenomeno biologico di ordine generale che ci spinge a riflettere sul meccanismo di perforazione ammesso dal Baggio. Egli ha dimostrato infatti che « le pareti intestinali reagiscono tanto meno all'azione dei veleni microbici, anche ad azione enterotropa, come quelli del tifo, quanto più esse sieno state impressionate o assuefatte, in precedenza, alla eliminazione di veleni, anche aspecifici o banali. Si tratta adunque di una assuefazione locale alla tossina.

Ora il Baggio potrà obbiettare che la tossina di cui egli intende parlare non proviene da germi, bensì da alterazione dei succhi digestivi.

Però il fenomeno biologico è troppo suggestivo e si presta assai bene per essere allargato alle tossine non batteriche. E siccome se così fosse crollerebbe l'ipotesi patogenetica della perforazione secondo il Baggio, mi sembra necessario da parte di questo autore di darci la dimostrazione che le tossine abatteriche si comportano rispetto ai tessuti intestinali in modo del tutto opposto alle tossine microbiche e conducono anzichè ad una assuefazione, ad una maggiore fragilità e aggredibilità distruttiva locale.

***

Ma rivediamo quale sia il punto di partenza dell'appendicite secondo il Baggio e ritorniamo quindi all'azione dei succhi digerenti contenuti nel canale gastro-enterico.

« Questi liquidi, scrive l'A. » qualora fossero a loro volta perturbati nella loro essenza, cioè nella loro quantità o qualità o mescolanza, avrebbero dovuto agire, per contatto, sulla mucosa dell'appendice (come su quella di tutto il canale digerente) esplicandovi, per l'appunto, un'azione stimolativa ».

Nell'ipotesi però dell'appendicite intesa in senso allergico, come sembra oggi meglio accettare l'A., questi stessi liquidi alterati verrebbero « assorbiti dal canale digerente e portati in circolo prendendo poi la via eliminatoria del canale stesso e raggiungendolo da tergo ». L'incontro nella parete appendicolare delle sostanze tossiche assorbite e di quelle in via di eliminazione darebbe luogo al fenomeno di Arthus, con semplice azione infiammatoria di infiltrazione oppure con azione necrosante di perforazione.

Quì sembra di poter chiedere al Baggio qualche più preciso chiarimento su questa « alterazione dei succhi digerenti »; elemento essenzia-

le e «primum movens» di tutta la sindrome successiva.

Noi tutti sappiamo che l'appendicite, di qualunque tipo essa sia, è una malattia dell'età giovanile, dell'età che corrisponde alla maggior percentuale circa la normalità dei succhi digerenti. Vero che, in tale età, non sono rari i casi di enterocoliti croniche ma altrettanto vero deve ammettersi la assai modesta concomitanza dell'appendicite acuta, semplice o perforata, con tali forme morbose. Si potrà obbiettare che è stata creata appunto una S.A.D. per significare l'associazione di localizzazioni morbose della appendice, del piloro-duodeno e a volte della cistifellea; ma si può rispondere che se si dovesse fare una percentuale di tali forme comitate, rispetto al numero totale dei casi di appendicite, ne verrebbe fuori una cifra assai piccola e di ben scarso significato agli effetti nostri.

Passata l'età giovanile, quella che potremmo chiamare l'età dell'appendicite, ecco che s'inizia, dai quaranta anni in su, l'età delle alterazioni dei succhi gastro-intestinali con un polimorfismo che va di pari passo con quello delle abitudini di vita degli uomini e con quello del substrato organico di ciascuno di noi.

Se si sono rarefatte dopo tale età le forme dispeptiche gastro-duodenali iperacide, non pochi sono i postumi di queste ad appendice sana; numerosissime le sindromi gastro-intestinali in senso lato, le sindromi epatiche e, comunque, le sindromi che implicano un'alterazione del contenuto gastro-intestinale.

Ma, come è facile constatare, col cominciare dell'età delle alterazioni dei succhi digerenti l'appendicite è scomparsa quasi del tutto!

Ora credo sia lecito chiedere al Baggio come mai una malattia così grave e frequente, una malattia che noi tutti incontriamo a ogni passo della nostra giornata professionale, possa avere il suo movente causale in un elemento così indeterminato e non più precisamente enunciabile: « un perturbamento nella essenza dei liquidi digerenti contenuti nel canale gastro-intestinale ».

Quali sono i fattori che conducono a questi perturbamenti; quali almeno possono anche semplicemente favorirlo? E di quale perturbamento si intende parlare quando si dice «quantità o qualità o mescolanza »?

Possiamo noi accettare un credo patogenetico fondato su una base etiologica tuttora non definita e quindi del tutto problematica? Un credo fra l'altro sul quale l'A. ci invita nè più nè meno a cambiare radicalmente l'intero moderno indirizzo terapeutico? Un perturbamento capace di condurre a effetti così clamorosi, con una frequenza così notevole e con una direzione così costante sempre verso lo stesso organo ben determinato, rappresenta per se stesso uno stato di malattia che merita di essere qualificata. Come si chiama, questa malattia dei succhi digerenti che conduce all'appendicite? Appartiene essa a un capitolo già conosciuto oppure deve essere ancora classificata?

*
* *

Ed ora veniamo alla genesi anafilattica che si pensa di dover ammettere per l'appendicite.

Un punto sul quale molto insiste il Baggio è questo: l'appendicite infiltrativa e quella perforativa sono due malattie distinte anche se originate dalla stessa causa. Una appendicite infiltrativa non diventerà mai perforata.

Dopo aver notato infatti che la perforazione appendicolare quando c'è è sempre precocissima all'opposto dell'infiltrazione che non si sa con esattezza quando cominci e quando finisca, l'A. scrive: « non si possono ammettere rapporti di successione fra l'appendicite infiltrativa e quella perforativa ». Rapporti « di successione, nel senso che l'appendicite perforativa possa essere interpretata come una fase ulteriore della infiltrativa, no ».

Ora a parte quella che possa essere a tal riguardo la concezione corrente, vediamo se l'affermazione si regga anche in base al concetto del Baggio. Il quale ha scritto: « La perforazione ossia lo sfacelo-necrotico emorragico delle pareti appendicolari è una tipica ripetizione del noto fenomeno sperimentale di Arthus ».

Egli si riferisce al disfacimento cutaneo nella cavia in sede di iniezione scatenante, là dove era stata fatta la iniezione preparante.

L'Arthus però ha anche dimostrato una anafilassi locale sfacelante tardiva, con passaggio dalla infiltrazione alla gangrena, studiando l'azione del siero di cavallo nel coniglio (M. Arthus: « Injection répétées de sérum de cheval chez le lapin ». C. R. Soc. de Biologie, 1903, p. 817-819).

Egli dimostrò infatti, ripetendo le iniezioni di siero a determinati intervalli, che le prime dosi si assorbivano facilmente. La quarta iniezione dava luogo localmente a una infiltrazione, dapprima molle, che alla quinta iniezione diventava dura e poteva condurre a fenomeni di gangrena.

Questi sintomi locali insorgenti nella sede delle ultime iniezioni sottocutanee, si osservavano anche quando le prime iniezioni erano

state fatte a distanza e specialmente nel peritoneo.

Gli stessi effetti egli ottenne anche col latte e constatò che gli animali preparati col siero erano poi sensibilizzati solo dal siero e non dal latte e viceversa.

Mi sembra chiaro in base a ciò che, se studiamo intimamente il complesso fenomeno di Arthus e se ammettessimo che ad esso deve riferirsi la patogenesi dell'appendicite, nulla ci vieterebbe di pensare che una appendicite infiltrativa potesse (in relazione con nuovi passaggi di tossina attraverso le sue pareti) passare anche, a un dato momento, allo stadio perforativo.

Ma a parte ciò, quali sono le prove fornite dal Baggio circa la realtà della genesi anafilattica dell'appendicite?

Positiva, egli afferma, la proteosi urinaria di Oriel negli appendicitici infiltrativi; negativa nei perforativi.

Potremmo ricordarci che l'A. non usa operare i suoi appendicitici e potremmo chiedergli come faccia a stabilire (senza tema di errore) se i suoi pazienti sieno affetti da infiltrazione appendicolare o da perforazione. E in base a quali constatazioni o dimostrazioni abbia chiarita la sua ipotesi del mancato passaggio dall'una all'altra forma.

Ad ogni modo sembra chiaro a me che non su questa base si possa creare e generalizzare un quadro di malattia anafilattica pura e semplice. Anafilassi proteica, abatterica; sensibilizzazione locale, fenomeno di Arthus.

E in più non si vede cosa possa aggiungere la dimostrazione che il tubo gastro-enterico può esser sede di origine di sostanze sensibilizzanti anche per l'appendice.

Un'allergia gastro-intestinale è ormai ammessa da tutti e in tal senso sono stati studiati casi di gastrite, di ulcera gastrica, di enteriti. Il Redon poi in un paziente allergico verso il pesce, avrebbe osservato un tipico attacco di appendicite determinato appunto dalla ingestione di pesce.

Ma tali osservazioni sono ben lontane dall'avere un valore dimostrativo e tale da poterci indirizzare verso un concetto generale di appendicite abatterica da sensibilizzazione proteica.

Una simile conclusione corrisponderebbe all'intendimento del Baggio di costruire una casa del tutto nuova; ma penso che per far questo, dopo aver abbattuto la « vecchia casa » sia opportuno utilizzare gran parte del vecchio materiale.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Lo studio analitico svolto fin quì sembra adunque confermare la eziologia infettiva della appendicite, anche se il meccanismo di insorgenza delle varie forme cliniche non è sempre lo stesso.

Fin dal 1895, al XIII congresso tedesco di Medicina Interna, il Sälhi di Berna aveva dato all'appendice il nome di « amigdala intestinale » e aveva messo in evidenza analogie palesi fra l'infezione appendicolare e le tonsilliti; egli interpretava l'appendicite come una « angina dell'appendice ».

Oggi infatti se noi ritorniamo a considerare l'anatomia microscopica dell'appendice, non potremo fare a meno dal restare colpiti di fronte alla sproporzione evidente fra i diversi strati, con netta prevalenza di quello sottomucoso la cui ricchezza in follicoli linfatici è notevolissima.

Deriva da ciò, sembra con estrema chiarezza, la conferma che l'appendice non va solo considerata come un organo intestinale in stretto senso; ma anche, e anzi con prevalenza, si deve in essa vedere l'organo linfatico. Ed è perciò che la patologia dell'infiammazione appendicolare deriva da quella del suo strato linfatico e con esso si identifica.

Le osservazioni successive di numerosi autori, fra i quali ricorderemo il Banti (1905), il Sonnemburg, il Faisans, servirono indubbiamente a mettere in evidenza la derivazione di certe forme appendicolari da malattie generali di origine infettiva.

Ma non v'è dubbio che l'appendicite come malattia a se ci offre sempre la casistica più numerosa; e d'altra parte era necessario chiarire l'intimo meccanismo di insorgenza di queste diverse forme cliniche.

Ed è per questo che le dimostrazioni sperimentali del Sanarelli sono di ausilio preziosissimo per indirizzarci verso una giusta interpretazione patogenetica. Esse infatti hanno ben chiarito la funzione eliminatrice del vermio rispetto ai germi comuni enterotropi; germi che stazionano in tal modo abitualmente nel tessuto linfatico della sottomucosa e che sono portati nel lume intestinale con lo sfaldamento epiteliale, normalmente non patogeni e in numero non rilevante.

Sembra chiaro ormai che l'infezione appendicolare non parte dalla esaltazione dei germi che si trovino nel lume dell'appendice; essa incomincia invece da quelli che stazionano nello spessore dei follicoli linfatici e che possono

diventare patogeni sia in rapporto all'insorgere di malattie infettive di ordine generale e sia (più frequentemente) per uno stato di sofferenza locale dell'appendice dovute a cause svariate. Fra le quali certo predomina la sua costituzione e forma anatomica (vedi il parallelo con la diverticolite!) dalla quale derivano in definitiva le frequentissime anomalie da posizione, la presenza di calcoli fecali, la stenosi del suo lume, le alterazioni nel circolo sanguigno e linfatico e così via.

Inutile aggiungere, credo, che le cause di sofferenza locale e quelle di ordine generale possono anche sovrapporsi, con interferenze variabilissime, in quella che potremmo chiamare « opera di collaborazione » nel preparare e determinare la malattia.

Abbiamo detto che i germi non si esaltano abitualmente entra il lume appendicolare; essi si esaltano invece nel tessuto linfatico della sotto mucosa. Essi non cominciano la loro opera distruttiva, come vuole l'Aschoff, dal lume dell'appendice sull'epitelio di rivestimento, essi l'incominciano invece dallo spessore dei follicoli linfatici e agiscono in modo vario sui tessuti e sugli organi, prevalentemente con le loro tossine.

E credo bene anche precisare che a volte i germi possono giungere all'appendice già in stato di esaltazione patogena, da focolai lontani di infiammazione, nel corso di malattie infettive; ed è appunto fra questi casi che noi possiamo trovare le forme così dette ipertossiche, nelle quali sulla localizzazione appendicolare prevale lo stato stato settico-tossico generale.

Sembra che così intesa la infezione appendicolare possa assai bene spiegare la varietà dei quadri anatomo-patologici e quella delle sindromi cliniche; quadri improntati ad un polimorfismo che deve esser messo in rapporto con la varietà dei germi e della loro virulenza e con le condizioni variabilissime, locali e generali, del terreno organico.

Io non penso quì di addentrarmi ancora nell'esame e nel vaglio di questi diversi fattori, anche per non ripetere una vecchia argomentazione a tutti nota. Voglio invece dire che è grande merito del Sanarelli e anche del Baggio di averci posto innanzi al problema della anafilassi, intesa nel senso batterico e anche nel senso semplicemente proteico; e di averci formulati degli interrogativi ai quali oggi, allo stato attuale delle nostre conoscenze, non è forse possibile dare una risposta adeguata. Ulteriori studi in proposito potranno dirci se e quale posto spetti alla sensibilizzazione nel determinismo delle lesioni appendicolari.

Nell'attesa però credo fermamente che si possa restar fedeli al concetto di un meccanismo etio-patogenetico infettivo dell'appendicite e credo che nessun nuovo contributo varrà a distruggerlo.

Nè penso che si possa oggi tornare indietro nelle acquisizioni di terapia, alle quali si è giunti al vaglio di una casistica mondiale enorme e per opera di una esperienza ragionata che ha condotto medici e chirurghi a considerare la pratica dell'interventismo nell'appendicite acuta come un reale, notevolissimo progresso di fronte a quelli che erano i risultati della cura aspettante.

Prato, luglio 1942.

RIASSUNTO.

L'A. esaminati i concetti classici, quelli del Sanarelli e quelli del Baggio, pensa che si debba lasciare ai germi l'azione predominante nel determinismo dell'appendicite.

Si deve però ritenere che la loro azione patogena si inizia non già dal lume appendicolare ma bensì dai follicoli linfatici dello strato sottomucoso.

SUNTI E RASSEGNE

MISCELLANEA.

Considerazioni sulla patogenesi della sordità progressiva.

(G. PORTMANN. *La Presse Méd.*, 7 novembre 1942).

La sordità progressiva, contrariamente all'ipotesi che tende a considerarla come una malattia generale a localizzazione auricolare, cioè come parte di un processo distrofico diffuso delle ossa, dipende invece in maniera predominante da fattori locali, la cui importanza patogenetica è stata spesso sottovalutata.

La sordità progressiva, detta anche otosclerosi oppure otospongiosi, è più frequente nella donna che non nell'uomo, è accompagnata da ronzii, ha un decorso di parecchi anni. Sostrato anatomo-patologico ne è la sostituzione dell'osso normale con osso di nuova formazione in determinati punti, simmetrici, delle capsule labirintiche. Tale sostituzione, seguita istologicamente, sembra farsi in tre successivi periodi: nella prima fase, che può esser chiamata vascolare, si hanno, secondo alcuni AA., attivi fenomeni congestizi, secondo altri (Wittmack) si ha invece stasi venosa e conseguente eccessiva turgescenza dei capillari; nella seconda fase, che può esser chiamata otospongiosica, si manifesta una rarefazione del tessuto os-

sco a carico delle ossa dell'orecchio interno; nella terza, o fase otosclerotica, vi è produzione di nuovo osso e fissazione della staffa nella finestra ovale. Poichè i focolai di otospongiosi corrispondono esattamente ai distretti vascolari della capsula labirintica, G. Portmann considera i disturbi vascolari locali come il momento patogenetico fondamentale della sordità progressiva.

Mentre in malattie generali che possono essere accompagnate da sordità progressiva, quali il morbo di Paget e la malattia di Recklinghausen, disturbi vascolari si manifestano in vari segmenti dello scheletro, nell'otospongiosi essi rimangono localizzati alle due capsule labirintiche: la causa della loro comparsa va quindi ricercata nell'apparecchio auricolare medesimo.

Il labirinto membranoso, chiuso e colmo di liquido endolinfatico, mantiene il suo stato normale di tensione se vi è normale equilibrio fra secrezione da parte della stria vascolare e filtrazione da parte del sacco endolinfatico. Quest'ultimo funziona come una valvola, regolatrice del suddetto equilibrio, e, se non è alterato, è di solito capace d'impedire che modificazioni vascolari e secretorie anche notevoli provochino disturbi labirintici; disturbi che invece si manifestano nelle seguenti eventualità:

1) quando pur essendo integro il sacco, le alterazioni vascolari e secretorie siano di grande entità;

2) quando il sacco sia leso e vi siano alterazioni vascolari e secretorie, anche minime: si verifica allora, in maniera relativamente rapida, uno stato d'ipertensione endolinfatica;

3) quando il sacco sia leso, pur in assenza di alterazioni vascolari e secretorie: anche in questo caso s'instaura ipertensione endolinfatica, ma lentamente.

L'ipertensione endolinfatica può a sua volta provocare, o per lo meno favorire, quella stasi venosa che, secondo le esperienze del già citato Wittmack, sembra sia direttamente responsabile delle modificazioni anatomiche che vanno sotto il nome di otospongiosi; l'ipertensione stessa dà luogo, infine, sul piano sintomatologico, alla sordità progressiva in quanto esercita una compressione sull'organo del Corti, con la conseguenza di un'asfissia degli elementi nervosi e delle cellule sensoriali.

L'esperienza chirurgica conferma tale concezione patogenetica: l'apertura, per via retromastoidea, del canale semicircolare posteriore (Barany), la trapanazione transmastoidea del canale semicircolare esterno (Jenkins); la trapanazione, per via transcranica, del canale semicircolare superiore (Holmgren), furono i primi interventi praticati con lo scopo di ottenere la decompressione del liquido iperteso contenuto nell'orecchio interno ed ebbero il brillante risultato di fornire il ricupero immediato dell'udito: tuttavia la formazione di un callo post-operatorio rendeva di breve durata tale beneficio. Fu il Sourdille ad immaginare e a provare un tipo di operazione veramente utile, intervenendo sia sull'orecchio medio per conservarvi un apparecchio amplificatore, sia sul labirinto per aprirvi una breccia permanente a livello del canale semicircolare esterno. In soggetti così operati già da vari anni, si è potuto constatare un ricupero immediato dell'udito, in misura pari ad una capacità uditiva dieci volte superiore a quella preoperatoria, e il rallentamento, o anche l'arresto, dell'evoluzione della malattia; questo secondo vantaggio sembra esser esclusivamente dovuto alla trapanazione del canale semicircolare e permane soltanto se resta pervia la fistola labirintica. A. B.

Sulla tiroidite cronica, lo struma di Riedel, lo struma di Hashimoto e il gozzo linfoadenoide.

(K. LUNDBAEK, *Acta med. Scandin.*, 2 ottobre 1942).

La classificazione delle malattie della tiroide è sempre stata ardua. Le forme di malattia della tiroide denominate tiroidite cronica, struma di Riedel, struma di Hashimoto e gozzo linfoadenoide si devono considerare ognuna come un'entità nosologica a sè oppure alcune di esse possono raggrupparsi in uno o più gruppi?

L'A. descrive un caso di tiroidite cronica che gli offre l'occasione per discutere questo problema. Nel suo caso si trattava di una donna quarantunenne con anamnesi familiare negativa per affezioni tiroidee, che aveva sempre sofferto di obesità. Da un anno e mezzo aveva notato una tumefazione alla regione anteriore del collo, che andò aumentando progressivamente fino a darle sensazione di compressione e bisogno di inghiottire continuamente. Una biopsia dimostrò che si trattava di una tiroidite cronica, struma di Riedel, forma plasmocitica. Tenendo conto della possibilità che ci sia una remissione dopo intervento anche superficiale, come la biopsia, sullo struma, per alcuni mesi successivi non si praticò nessuna terapia. Ma poi, non essendosi notato nessun cambiamento nel volume della tumefazione, furono fatte applicazioni di raggi X. Tre settimane dopo queste applicazioni la tiroide era appena palpabile e i sintomi subbiettivi erano completamente scomparsi e il metabolismo basale era lievemente diminuito.

Questa forma plasmocitica dello struma di Riedel è chiamata da altri struma di Hashimoto o gozzo linfoadenoide.

Gli autori americani hanno pubblicato recentemente delle discussioni sulla possibilità che struma di Riedel e struma di Hashimoto siano la stessa cosa e se sia una malattia identica al gozzo linfoadenoide.

Lo struma di Riedel indica un quadro clinico macroscopico che copre spesso il quadro istologico della tiroidite cronica. Il gozzo di Hashimoto non si riesce a distinguere

istologicamente dalla tiroidite cronica. Invece istologicamente il gozzo linfoadenoide di Williamson e Pierce si distingue nettamente dalla tiroidite cronica e deve essere mantenuto come quadro a sè.

Riedel descrisse nel 1896 due casi, su 300 gozzi operati, in cui la tiroide aveva una tale consistenza dura da far pensare ad un tumore maligno. Questi due casi si erano anche dimostrati operabili con difficoltà per uno sviluppo fra i tessuti vicini, fra i muscoli e i vasi sanguigni. Istologicamente egli aveva osservato fra le normali cellule ghiandolari accumuli di cellule rotonde. L'anno successivo Riedel descrisse un altro caso, del quale riparlò ancora nel 1910 aggiungendo che quello che c'era di notevole era il rapido sviluppo di tessuto giovane. Riassumendo possiamo dire che lo struma di Riedel è caratterizzato da un gozzo molto duro, notevole sviluppo del gozzo fra i tessuti vicini e un decorso benigno, senza caratteri istologici speciali. La malattia è rarissima, tanto che de Quervain nonostante una vastissima esperienza ne vide solo un caso.

Nel 1912 Hashimoto descrisse quattro casi di struma linfomatoso, in cui clinicamente non si avevano segni di ipertiroidismo nè febbre e istologicamete si aveva una netta proliferazione del connettivo infarcito di cellule plasmatiche e linfociti e inoltre numerosi centri germinali. Hashimoto ritenne che questa malattia fosse sui generis e nettamente diversa dalla tiroidite cronica e dallo struma di Riedel. La durezza dello struma di Hashimoto non era come il ferro, come è nello struma di Riedel.

Secondo Reist non c'è una differenza istologica fra tiroidite cronica e struma di Hashimoto e fra tiroidite cronica e struma di Riedel. Successivi lavori di numerosi autori hanno ribadito questo concetto unitario per le tre malattie. Nel 1928 nella terza edizione del suo volume sulle malattie neoplastiche sostenne che lo struma di Hashimoto e quello di Riedel sono differenti stadi di una stessa unità patologica.

Nel 1929 comparve la descrizione di Williamson e Pierce che parlarono di gozzo linfadenoide caratterizzato da accumulo di linfociti con soppressione del normale tessuto ghiandolare. Essi ritenevano che questa malattia potesse evolversi verso una fibrosi tipo struma di Riedel e non accennarono affatto al lavoro di Hashimoto. Studiosi successivi ritennero identici lo struma di Hashimoto e il gozzo linfoadenoide di Williamson e Pierce. Però ancora non si può stabilire se c'è identità fra queste due forme e lo struma di Riedel cioè la tiroidite cronica, secondo alcuni, mentre secondo l'A. si tratta di due forme nettamente distinte. Difatti, la tiroidite cronica è caratterizzata dalla proliferazione di abbondanti cellule connettivali, da neoformazione capillare, da degenerazione di tessuto ghiandolare, da accumulo di linfociti e di plasmacellule con, occasionalmente, dei centri germinali di cellule giganti, mentre il gozzo linfoadenoide mostra una completa sostituzione del tessuto normale mediante tessuto linfoide con tendenza alla formazione di centri germinali senza carattere infiammatorio, cioè col carattere di una iperplasia linfoide. L.

Ricerche stratigrafiche nelle forme tumorali mediastiniche e paramediastiniche.

(L. MUCCHI e G. ZUBIANI. *Atti dell'Accademia medica Lombarda*, vol. 31, fasc. 5, 1942).

La stratigrafia offre la possibilità di eseguire la radiografia di un solo strato dell'oggetto che si deve esaminare a una profondità voluta. Oltre che in altre regioni come cranio, colonna vertebrale e apparato respiratorio, anche il mediastino è una regione che per la sua conformazione anatomica, si presta a ricerche stratigrafiche. Infatti si tratta di molti organi riuniti in breve spazio e la cui opacità radiografica è pressochè uniforme. Vengono riferite ricerche stratigrafiche sul mediastino in casi di tumore mediastinico e paramediastinico di probabile pertinenza linfoghiandolare, di adenopatia di natura linfogranulomatosa, di neoplasia della parete bronchiale parzialmente ostruente, di amputazione bronchiale di origine tumorale con vegetazioni endo- e peribronchiali, intra- ed extra mediastiniche, probabile invasione lobare sinistra e diffusione pleurica. In questi casi esaminati, molto dimostrativi, si è potuto confermare il presupposto base e cioè la cancellazione delle immagini relative ai piani sopra e sottostanti a quello in esame, la lettura del quale, a parte le difficoltà di interpretazione, è agevole. Sembra dall'esperienza fin qui fatta che specie nel campo dei tumori bronchiogeni il quadro stratigrafico di per sè sia frequentemente sufficiente per fare la diagnosi, e con più facilità che non colla broncografia. BENDANDI.

DIVAGAZIONI

Il principio maschile nella storia.

Come in tutti gli individui creativi, negli uomini della storia, dice M. Jelusich (*Wien. Klin. Woch.*, 4 dicembre 1942) si possono distinguere due grandi tipi: il genio intuitivo ed il genio metodico. Naturalmente il primo deve possedere anche una buona dose di metodo, il secondo una buona dose di intuizione. Gli uomini della storia provengono dalle più diverse classi e categorie sociali, mestieri, professioni: solo le classi le più basse e quelle più alte per lo più non dànno uomini che rimangano alla storia. Una eccezione si ha solo per i regnanti, che dalla consapevolezza dell'importanza della loro elevata posizione e dal bisogno di prendere posizione nelle questioni storiche con la loro completa personalità, si possono salvare dall'irrigidimento che di solito colpisce gli appartenenti alla loro casta. L'uomo della storia ha sempre dinanzi agli occhi una meta a cui tende: verso questa è intensamente concentrato, non devia per nulla, fa di tutto per avvicinarsi passo a passo a tale meta, a tutti i costi, anche a quello della propria persona. Da ciò il coraggio che caratterizza l'uomo che fa la storia; e da ciò la tendenza, se è necessario, di arrischiare tutto su una carta sola. C'è qualcosa che li avvicina ai grandi giocatori d'azzardo: ma mentre questi sono fatalisti e azzardano per l'emozione personale, l'uomo della storia crede nel suo destino, e azzarda non per interessi personali bensì per la idea in cui crede e che vuol fare trionfare. Perciò l'uomo della storia preparerà tutto con estrema minuzia e pazienza, per anni ed anni, prima di correre la sua grande alea: ma venuta l'ora esso si getta risoluto nella mischia, deciso ad uscirne da vincitore oppure non uscirne affatto. La fiducia nel proprio destino determina anche la indistruttibile tenacia che caratterizza gli uomini veramente grandi della storia: la maggior parte di essi ha subìto dei rovesci che avrebbero annientato chiunque altro, ma da cui essi sono usciti più fermi, più forti, più accurati di prima. Una delle caratteristiche principali dell'uomo della storia è il non venir affatto scoraggiato dagli insuccessi. Un tragico destino vuole che questi uomini per lo più consumino tutte le loro energie e forze per il raggiungimento della meta, di modo che non ne rimane loro più (ad eccezione di pochi tra i più grandi) per elaborare quanto hanno ottenuto. Quanto alla costituzione somatica, troviamo in parti eguali i tipi atletici e i tipi leptosomi, mentre manca del tutto il tipo picnico. Sembra che tutti i grandi fondatori di religioni siano stati dei leptosomi. Per lo più l'uomo della storia è buono e generoso, pronto alla conciliazione e a riconoscere la grandezza altrui, anche nemica; altra caratteristica è la multilateralità (lettere, arti, musica). Uno dei principali difetti degli uomini della storia è la loro non frenata tendenza alla collera e all'odio. Essi vogliono anche fare tutto da se, compiere il massimo durante la loro vita, sono quindi irrequieti ed impazienti. Molti hanno una profonda sfiducia nei loro collaboratori; contrasta con ciò la loro cieca fiducia che altre volte hanno nei loro accoliti. Sessualmente si possono distinguere il tipo « ipersessuale » ed il tipo « asessuale ». Molti sono però sessualmente normali.

P.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

PAOLUCCI RAFFAELE DI VALMAGGIORE. *Tecniche chirurgiche.* Vol. II, di pagg. 236. Editore L. Cappelli, Bologna, 1942. Prezzo L. 75.

Il primo volume delle Tecniche chirurgiche del prof. Paolucci, apparso quattro anni fa, ebbe una così favorevole accoglienza che in breve l'edizione si esaurì e ne apparve dopo poco tempo una seconda, nella quale erano aggiunte e sostituzioni. Questo dimostra che la formula che il clinico chirurgo di Roma ha preferito per illustrare i procedimenti usati nella diuturna fatica della sala operatoria è rispondente alle necessità e ai desideri degli studiosi. Formula di una semplicità lineare: far vedere al lettore, se così si può dire, attraverso il maggior numero possibile di disegni illustrativi, un determinato procedimento usando il minor numero possibile di parole: è cioè colla facile comprensione di una figura ben fatta che si vuol dimostrare al lettore nei suoi tempi successivi un metodo operatorio. Anche questo secondo volume, come il primo, non segue un preordinato piano, come si usa nei trattati di molta mole, ma in singoli capitoli sono illustrate tecniche di operazioni attinenti a varie regioni od organi.

La cerchia dei collaboratori al volume è stata allargata al di fuori della Scuola e così oltre al Paolucci e a Visalli, sono collaboratori Grasso e Sovena, ospedalieri romani. Il primo descrive metodi operatori del suo Maestro prof. Puccinelli e il secondo, capo di un reparto di chirurgia infantile, interventi della specialità. Le figure sono di Caroli, ritornato al suo lavoro dopo una ferita in combattimento alla mano destra che ne lo ha tenuto per vario tempo lontano.

Le tecniche chirurgiche descritte nel volume sono: l'amputazione addomino-peritoneale del retto in un tempo (nell'uomo); la resezione gastrica e gastro-duodenostomia termino-terminale; il trattamento delle varici e delle ulcere varicose; la tonsillectomia totale; il trattamento della frattura della rotula; l'artrostomia sottocutanea del ginocchio; la meniscecto-

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

mia;: l'amputazione osteoplastica sovracondiloidea di Gritti-Montenovesi; la resezione del ginocchio; la gastroenterostomia; la spina bifida; l'amputazione della coscia; l'amputazione della gamba fra il terzo medio e il terzo inferiore; la stenosi pilorica ipertrofica del lattante.

Il volume, nella chiara edizione dell'editore Cappelli ha i pregi del libro che si lascia vedere volentieri, non appesantito da eccessiva erudizione al di fuori delle necessità.

Anche questo II volume troverà fra i chirurgi largo consenso; esso non è che un'altra tappa del più vasto lavoro che il prof. Paolucci intende compiere ad illustrazione della chirurgia italiana. È già annunciato il terzo volume per il quale collaboreranno parecchi tra i migliori chirurgi nostri. BENDANDI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 31 luglio 1942-XX

Preside il prof. R. PAOLUCCI, Vice-Presidente

Il Presidente dà per letta la comunicazione del dott. A. FILIPPI *Voluminoso angioma del fegato* (presentata dal Socio prof. L. PAOLUCCI).

Il gibbo tetanico. [Clinica, anatomia patologica, patogenesi].

T. PONTANO. — L'O. studia le alterazioni vertebrali in 21 tetanici: ne delinea il *quadro clinico* (*gibbo tetanico*), *il quadro radiologico e il referto anatomico* col contributo di uno studio istologico.

La *sede* è nella regione dorsale fra la 3ª e 6ª dorsale; la lesione è spesso *precoce;* la *frequenza* del 20%; predomina nei bambini e negli adolescenti, ha rapporto diretto con la *gravità* più che con la *durata del tetano.*

Non vi sono cause predisponenti in eventuali alterazioni ossee preesistenti o concomitanti.

L'O. attribuisce il danno al solo fattore meccanico.

Nello studio della patogenesi l'O., a differenza degli altri, trova che la *immobilità della sezione dorsale* della colonna vertebrale è la ragione per cui il danno si verifica solo sulla sezione dorsale e sui corpi della 3ª-6ª dorsale. La mobilità salva la colonna cervicale e lombare.

L'O. riferisce infine gli esiti lontani, transitori e permanenti, rilevando l'importanza di questo nuovo capitolo di patologia che può incidere sulla diagnosi di natura di una particolare deformità vertebrale dorsale: il gibbo tetanico.

Il prof. LUCHERINI discute la patogenesi invocata dall'O.; ed afferma che sarebbe interessante studiare l'importanza del comportamento dei dischi intervertebrali, mediante mielografia, nei casi di gibbo tetanico.

Risponde il prof. PONTANO trattenendosi ancora sulla teoria patogenetica.

La ricerca del glutatione ematico nel gruppo familiare.

L. GADDA e A. BENIGNI. — I Relatori hanno osservato che la determinazione contemporanea della glutanemia nei gemelli può condurre a valori assolutamente identici. Il fenomeno riguarda gemelli U G quanto B G e cioè non appare influenzato dalla diversità di sesso e del gruppo sanguigno, ma non si verifica nei fratelli che non sono gemelli. Effettuando la presa di sangue nei gemelli in giorni differenti i vasi non si corrispondono e così quando sono in atto evenienze endogene (p. es. mestruazioni, morbo di Basedow) o esogene (p. es. trattamento con acido ascorbico) carico di un solo gemello. Presso conigli provenienti da una medesima gravidanza è stato riscontrato un tasso identico di glutatione ematico e pure identico al tasso del glutatione tissulare in organi omologhi.

I Relatori ritengono che si tratti di un meccanismo essenzialmente ereditario, additano i gemelli come un campo di elezione per le ricerche riguardanti il glutatione e ritengono indicata la ricerca isocromica della glutationemia nei casi di gemellanza dubbia.

Il prof. VERNONI apprezza molto quest'ordine di ricerche su gemelli: sarebbe interessante sapere se i veri gemelli, oltre alla identità del tasso glutationico ematico in condizioni del tutto fisiologiche, consentano tale identità in quelle condizioni, ad es. variazioni della temperatura corporea, che influiscono sul glutatione ematico.

Si dà per letta la comunicazione del prof. MOTTA: *La fonazione con le corde vocali false.*

Considerazioni sopra un caso di attinomicosi polmonare da attinomicete anaerobio.

G. GIUNCHI. — L'O. illustra un caso di attinomicosi polmonare da attinomicete anaerobio illustrando alcune possibilità interpretative di carattere ezio-patogenetico, facendo rilevare, in seguito ai risultati ottenuti, l'importanza della cura sulfamidica e iodica applicata nel suo caso.

Alla discussione prendono parte i proff. Vernoni, Paolucci, Lucherini.

Risponde l'O. ringraziando vivamente il prof. Vernoni per le cortesi, chiare parole con cui ha voluto sottolineare i punti fondamentali della sua trattazione.

Ringrazia altresì i professori Paolucci e Lucherini per il contributo di scienza ed esperienza, apportato alla discussione del caso.

Quanto al problema della terapia dell'attinomicosi in genere e di quella polmonare in ispecie deve precisare:

a) Non è stato suo intendimento addentrarsi nella disamina del valore dei mezzi terapeutici efficaci nell'attinomicosi, poichè ha presentato il caso clinico sopratutto per illustrare alcune possibilità interpretative di ordine ezio-patogenetico, cui esso offriva lo spunto.

b) La terapia sulfamidica dell'attinomicosi, è tuttora allo studio. Ritiene premutaro fare decise affermazioni sui risultati di questa terapia, applicata ad una malattia, squisitamente cronica e con periodi di spontanea remissione, quel'è l'attinomicosi. Gli sembra però doveroso prendere in considerazione questo nuovo sussidio terapeutico, specie per la cura dell'attinomicosi polmonare da attinomiceti anaerobi, malattia fino ad oggi quasi sempre mortale.

c) Quanto ai risultati conseguiti con la cura iodica e sulfamidica nel suo caso, egli non ha affatto affermato la esistenza di una guarigione, ma soltanto di una remissione della sintomatologia e di un miglioramento delle condizioni generali (aumento di peso di 20 Kg., numero di gobuli rossi raddoppiato, recupero delle forze, assenza di espettorazione).

Quanto alle attuali condizioni dell'apparato respiratorio, l'attento esame dei radiogrammi dimostra che esistono tuttora delle cavità, sulle quali giustamente il prof. Lucherini ha richiamato l'attenzione, ma esse preesistevano al trattamento da lui istituito, anzi erano di dimensioni maggiori e intensamente secernenti (presenza di livello idroaereo in uno dei primi radiogrammi).

La trasformazione (non posso dire se spontanea, come il prof. Paolucci è incline a credere o dipendente dalla terapia) in cavità di minori dimensioni e completamente deterse, unitamente alla attuale negatività delle ricerche batterioscopiche e culturali del miceto nell'escreato in cui pullulava, lo fanno propenso ad ammettere, oltre al miglioramento delle condizioni generali, anche una reale regressione dei processi locali polmonari.

Se si tratti di fugace, illusoria remissione solo l'ulteriore decorso potrà dirlo.

I. SCIMONE e U. SERAFINI. — *Osservazioni su di un caso di allergia da miele in soggetto con sensibilizzazioni multiple* (presentati dal Socio prof. C. Frugoni).

L'equivalente istaminico nel sangue dei pollinosici.

G. GIUNCHI e U. SERAFINI. — Gli OO. espongono i risultati ottenuti da ricerche eseguite su 36 malati di pollinosi ed affermano di aver trovato valori dell'equivalente istaminico (termine adottato dagli OO.) del sangue superiore alla norma nel 45 % e normali nel 55 % dei casi.

Il dott. BUSINCO riferisce sopra un suo studio su cento casi di coriza vasomotoria comunicato precedentemente in altra riunione scientifica. Per l'indagine patogenetica vennero indagati diversi elementi (anamnesi, istaminemia nel muco nasale, terapia, ecc.). Dall'esame dei risultati appare che l'istamina possa avere una sua importanza patogenetica, importanza che risulta sopratutto dall'esame complessivo dei dati surriferiti.

Il prof. COPPO afferma l'importanza e la serietà delle ricerche di Giunchi e Serafini, soffermandosi su alcune questioni tecniche e interpretative.

Il prof. VERNONI rileva che i due oratori che sembrano in aperta opposizione debbano invece considerarsi come pienamente d'accordo, perchè i fatti da loro osservati sono praticamente gli stessi.

Si consideri da vicino il problema dell'allergia. Esso manca a tutt'oggi di una condizione assai importante per la risoluzione di qualsiasi problema, quella di un'impostazione abbastanza precisa, Il che è dovuto al fatto che non si sa ancora come definire esattamente l'allergia.

Con questo termine tanto amato dai medici, si dovrebbero propriamente designare tutte le forme di ipersensibilità attribuibili a precedente sensibilizzazione, patente o larvata, su terreno indifferente oppure ereditariamente predisposto, con comuni antigeni o allergeni non proteici.

Ma ogni giorno vengono incluse nel gruppo nuove forme morbose nelle quali è difficile ammettere una qualsiasi sensibilizzazione pregressa responsabile dello stato di ipersensibilità. La giustificazione di queste inclusioni di nuove forme nel gruppo delle vere allergie è data dalla comunanza delle manifestazioni cliniche. Ciò che è un argomento, a suo avviso, di grande valore.

Comunque stiano le cose, considerando le varie forme morbose di questo vasto e polimorfo aggruppamento nosologico, si pone il problema della loro patogenesi.

In merito alla quale si presentano i seguenti quesiti:

1) Ha importanza patogenetica l'istamina?

Certo che sì. I documenti sperimentali obbligano, quasi, ad ammettere che nelle comuni manifestazioni anafilattiche intervenga una liberazione istogena di istamina o prodotti del tutto analoghi.

Sono a tutti note le classiche esperienze di Dale, mentre quasi nessuno conosce quelle eseguite molti anni addietro dal suo aiuto Spinelli che riuscì a dimostrare che nello chock anafilattico si libera istamina nel polmone. Ma allora non era cosa facile, come adesso, isolare e titolare l'istamina.

Questo fatto deve essere anche esteso alle altre manifestazioni, clinicamente similari, di ipersensibilità.

2) Ha assoluta importanza patogenetica e quindi diagnostica la iperistaminemia?

Crede di no. Troppe sono le variazioni cui questo valore va soggetto. Troppi i casi di malattie sicuramente allergiche con valori bassi, troppi i casi di malattie sicuramente non allergiche con valori alti. Troppo stretta la dipendenza dei valori istaminemici dal numero dei leucociti che sono i vettori di quasi tutta la istamina ematica. L'iperistaminemia è un dato accessorio di indubbio valore, ma tutt'altro che assoluto. Patogeneticamente non è affatto necessario che una liberazione d'istamina nella intimità cellulare si accompagni a un accumulo nel sangue. È anzi *a priori* poco verosimile che l'istamina istogena resasi libera possa impunemente percorrere il tratto che la separa dal sangue senza essere prima attaccata e distrutta dalla istaminasi quasi ovunque presente.

3) Quale significato deve attribuirsi alla terapia istaminica? Specifico o aspecifico?

L'O. ritiene nettamente *aspecifico*. Per lui la cura con istamina può essere efficace in ogni forma morbosa caratterizzata di aumentata permeabilità capillare. La istamina, che è un permeabilizzatore capillare, soministrata a dosi vaccinanti rende i capillari meno permeabili. È quindi curativa.

Ciò premesso, considerando che i dati sperimentali presentati dai due Autori sono estremamente similari, sembra ben difficile che possano sussistere gravi dissidi interpretativi.

Il dott. SERAFINI ringrazia vivamente, anche a nome del collega Giunchi, il prof. Vernoni il prof. Coppo e il dott. Businco per il contributo portato nella discussione sul tema trattato. Le chiare parole del prof. Vernoni e del prof. Coppo non hanno bisogno di ulteriori commenti. Necessita invece che venga precisato il pensiero degli AA. sulle questioni tecniche e dottrinali che hanno richiamato l'attenzione del dott. Businco.

1) Riguardo alla tecnica, si precisa di aver usato il metodo di Code. Per particolari sul metodo usato dagli AA. e sullo studio comparativo dei vari metodi di titolazione dell'equivalente istaminico del sangue, si rimanda ad altro lavoro sull'argomento (GIUNCHI-SERAFINI: *Diagnostica e tecnica di laboratorio*, 1942). Qui si vuole soltanto sottolineare:

a) i valori ottenuti in una numerosa serie di soggetti normali oscillano tra i 3,96 e 7,8 % e

sono perfettamente comparabili con i valori ottenuti dal Code.

b) i valori sono espressi in istamina base, mentre i valori ottenuti da Barsoun sono espressi in fosfato acido di istamina e quelli di Businco sono espressi in cloridrato d'istamina. Poichè il peso molecolare dell'istamina base è 111, quello del cloridrato d'istamina è 184 e quello del difosfato è 387, ne risulta che il cloridrato contiene soltanto il 60 % e il fosfato il 36 % di istamina base. Per comparare i valori ottenuti dai vari AA. con i valori Code e con quelli presentati nella presente comunicazione, occorre pertanto moltiplicare per 0,36 i valori di Barsoun e per 0,6 quelli di Businco. Per avere un termine di riferimento costante si ritiene opportuno esprimere i valori dell'e.i.s. in istamina base.

2) Si è adottato il termine di « equivalente istaminico », non quello « istaminemia », perchè l'uso di quest'ultima dizione presuppone l'isolamento della sostanza dal sangue e il suo dosaggio chimico. Il metodo impiegato dagli AA. è invece il metodo biologico. È vero che Code e Ing hanno potuto isolare allo stato cristallino, come dipricato, l'istamina del sangue nel coniglio, trovando anche una corrispondenza tra la quantità chimicamente stabilita e quella titolata con il metodo biologico adottato dagli AA., ma ciò autorizza l'uso incondizionato del termine di « istaminemia ».Infatti gli stessi Code e Ing riconoscono che i due termini « istaminemia » ed « equivalente istaminico » si identificano nelle condizioni sperimentali in cui essi si sono posti, cioè nel coniglio normale. Può benissimo darsi che in altre specie di animali e in condizioni diverse dalla norma, la predetta identità più non sussista in quanto nei valori determinati con il metodo biologico figurino anche delle sostanze ad azione istaminica, ma chimicamente non identificabili con l'istamina. Finchè la dimostrazione, nata da Code e Ing per il sangue di coniglio normale, non venga ripetuta anche per il sangue umano e nelle condizioni patologiche dagli AA. studiate, sembra più corretto e meno impegnativo l'uso della dizione « equivalente istaminico del sangue ». (e.i.s.).

3) I risultati delle ricerche accennate, eseguite su 36 malati di pollinosi nei quali era stato con assoluta sicurezza individuato l'agente responsabile della sindrome (cutireazione e trasporto passivo positivo per vari pollini, sostanzialente concordano, come ha fatto osservare il prof. Vernoni, con i risultati ottenuti da Businco in 100 casi di rinite vasomotoria. In questo gruppo di malati studiati dal Businco non ci risulta però che l'esistenza dello stato allergico sia stata dimostrata con il sussidio dei mezzi di indagine più razionali oggi in uso (individuazione, mediante cutireazioni e il trasporto passivo, dell'allergene responsabile della sindrone). La casistica degli AA. è pertanto meno estesa numericamente, più omogenea qualitativamente.

Orbene, in una serie di pazienti « sicuramente allergici » gli AA. hanno trovato valori dell'equivalente istaminico nel sangue superiori alla norma nel 45 % e normali nel 55 % dei casi. Questi dati autorizzano ad attribuire all'e.i.s. il valore di « indice di stato allergico », come il Businco ha affermato? Gli AA. credono che la risposta a questo quesito possa venire formulata in questi termini:

a) Un valore normale dell'e.i.s. può benissimo coesistere con lo stato allergico.

b) Un valore aumentato dell'e.i.s. può essere presente anche in condizioni morbose che nulla hanno a che vedere con l'allergia (stasi cardiaca, mielosi leucemica) o addirittura in condizioni fisiologiche particolari (affaticamento).

Ne risulta pertanto che allo stato attuale delle nostre conoscenze non è possibile stabilire rapporti ben definiti ed univoci tra le variazioni dell'e.i.s. e lo stato allergico. Questo è lecito concludere dall'attento esame della letteratura.

Su alcune poco note anomalie della conduzione intracardiaca.

D. Sibilia. — È opinione diffusa che abbia valore clinico solo il ritardo della conduzione intracardiaca, espresso nel concetto, largamente diffuso, di *blocco* nei suoi vari aspetti (seno atriale, intraatriale, atrioventricolare, intraventricolare). Oggetto di questo studio è invece la condizione opposta: *affrettamento della conduzione* della quale vengono presi in esame due momenti principali, la conduzione atrioventricolare e quella intraventricolare. (Si prescinde da quella sindrome tutta particolare nota col nome di Wolff, Parkinson e White). Su mille tracciati elettrici furono isolati 25 casi con frequenza — 85 e tempo di conduzione atrioventricolare $\leq$ 0,13. Sei casi con eguale frequenza e tempo di conduzione intraventricolare $\leq$ 0,05. Il primo gruppo ha le seguenti caratteristiche: per lo più età giovanile, scarsa percentuale di cardiopatici organici, frequenza di sintomi cardiaci funzionali (extrasistoli tachicardia parossistica, tendenza a lipotomie, palpitazioni arteriopalmo, algie puntorie precordiali), talora soggetti clinicamente sani.

Il secondo gruppo si presenta troppo esiguo ed eterogeneo per essere in qualche modo caratterizzato con le attuali ricerche.

Viene discussa, per il primo gruppo, la fisiopatogenesi (turbe di conduzione intraatriali, interferenze di due ritmi, ritmi infrasinusali, ecc.), concludendo, in linea di probabilità, per un aumento primitivo del dromotropismo con caratteri di congenicità.

Viene sottolineato questo nuovo concetto, opposto a quello noto col nome di blocco, e si propone di definirlo col nome comprensivo di *fuga* nei suoi vari aspetti; fuga atrioventricolare e fuga intraventricolare. Se quest'ultima allo stato attuale non appare di chiaro significato clinico, la prima invece porta un contributo documentativo alla questione del « cuore nervoso ».

Studio elettrocardiografico dei portatori di ulcera gastro-duodenale

G. Grassi e E Casale. — Gli AA. presentano i risultati elettrocardiografici eseguiti nei soggetti portatori di ulcera gastrica e duodenale. Hanno riscontrato con una frequenza accentuata segni di lesioni lievi miocardiche che hanno interpretato di natura probabilmente funzionale, forse da ipertonia del vago da cui gli ulcerosi sono frequentemente affetti. Concludono ribadendo il concetto che molto spesso l'ulcera deve essere considerata una manifestazione locale di una malattia generale, nel cui complesso eziopatogenetico ha un posto preminente la distonia neuro-circolatoria (Hochrein e Ischleicher) dalla quale dipende l'originarsi e dell'ulcera peptica e della insufficienza coronaria.

Il Segretario: T. Lucherini.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA

Sul valore di metodi esatti di esplorazione vestibolare nella valutazione delle affezioni auricolari da trauma.

Su questo argomento ha riferito il dott. Rubaltelli al 1° raduno del Gruppo oto-rino-laringoiatrico dell'alta Italia (Padova, 24 gennaio 1943).

Dalle varie migliaia di casi di infortunati cerebrali e labirintici, che l'O. ha potuto esaminare in questi ultimi anni con il metodo di Veits e con quegli accorgimenti che M. Arslan ha più volte illustrato, egli ha ricavato i seguenti postulati diagnostici, sulla cui effettiva corrispondenza con i quadri clinici delle lesioni traumatiche pare non si possa fondatamente dubitare: la commozione labirintica post-traumatica, sia essa accompagnata o no da frattura del temporale, determina degli esiti a distanza che sono costituiti da una ipo-reflettività vestibolare allo stimolo termico con un nistagmo calorico che non solo è ridotto (sebbene non in grande misura) nel suo valore quantitativo, ma è altresì alterato in uno dei suoi caratteri qualitativi e precisamente nell'ampiezza della scossa: essa è infatti ridotta di metà e anche più, rispetto all'ampiezza della scossa di un nistagmo calorico normale, a volte riducendosi a un grado tanto minimo, da rendere il nistagmo, pure attraverso le lenti di Bartels, appena percettibile.

Inoltre l'O. espone i risultati dell'esame vestibolare, condotto con il metodo di Veits, nella commozione cerebrale pura, nella nevrosi post-traumatica e nelle fratture della capsula labirintica.

TERAPIA

Il trattamento del tetano.

W. Batschwaroff (*Deut. Med. Woch.*, 1942, n. 1) nel corso di cinque anni ha osservati e curati 20 casi di tetano, di cui 6 seguìti da morte. La porta di entrata in 14 casi fu una ferita, in 3 una pustola da grattamento, e in 3 non si potette accertare. Il periodo d'incubazione durò da 4 a 12 giorni.

Il trattamento fu protratto nei casi gravi fino a 30 giorni, ed in quelli con complicazioni fino a 58 giorni. Le complicazioni malgrado la gravità dei casi furono rare: 2 broncopolmoniti, e un collasso da sieroanafilassi.

La cura consistette essenzialmente nella somministrazione prolungata di forti dosi di siero antitetanico.

Nei malati adulti gravi furono iniettate 6 fiale di 125.000 U. A. quotidianamente e per 3-5 giorni per via endorachidea, endovenosa, intramuscolare. Si sospese quindi per 4 o 6 giorni, si ripetettero quindi le iniezioni nelle stesse dosi e con la medesima pausa fino a guarigione. In ogni caso dalla seconda settimana per evitare il pericolo dell'anafilassi non furono più praticate iniezioni per via endovenosa.

Nelle forme leggere si iniziò la cura con le iniezioni quotidiane di 4 fiale, diminuendo poi rapidamente le dosi.

Si ebbe l'avvertenza di praticare molto lentamente le iniezioni, specie quelle intrarachidee e endovenose.

In quasi tutti i casi si ebbero fenomeni anafilattici (esantemi e dolori articolari). Nell'individuo morto per collasso, questo si manifestò al nono giorno del trattamento, 12 ore dopo la comparsa dei fenomeni anafilattici.

Oltre alla sieroterapia nei casi gravi furono somministrati fino a scomparsa dei crampi morfina (uno o due cgr. per iniezione sottocutanea), idrato di cloralio (tre gr. in soluzione acquosa o mucillazione gommosa per via rettale) e solfati di magnesio (1 o 2 volte al giorno iniezioni intramuscolari di 10 cmc. di una soluzione al 15 %). DR.

VARIA

Scarabiasi.

C. Strickland e D. N. Roy hanno osservato, in India, l'emissione di scarabei con le feci, da parte dei bambini; sono insetti appartenenti alla sotto-famiglia *Coprinae*, genere *Onthofagus*. Si nutrono di sterco. Le case popolari nell'India hanno per lo più il pavimento in terra battuta, che tutte le mattine viene irrorato con acqua in cui si è stemperato dello sterco di vacche; perciò le uova degli insetti a volte capitano sul pavimento e i bambini, che non esitano a portare in bocca della terra o quanto è caduto per terra, possono ingerire delle uova. Pare che gli insetti siano in grado di vivere entro l'intestino allo stato di larva, ninfe alate, poichè l'emissione può durare per mesi.

Si suppone che la penetrazione possa avvenire anche per l'ano, poichè una volta, con le feci, furono emesse sole femmine, salvo un maschio, e la spiegazione più attendibile è che fossero penetrate per deporre le uova. D'altra parte gli AA. non hanno mai osservato i bozzoli delle ninfe nelle feci, mentre si dovrebbero trovare, se l'infestazione avesse luogo per la bocca, con le uova. Contro l'ipotesi dell'infestazione anale sta tuttavia il fatto che i lattanti non sono mai infestati ed essi non portano ancora in bocca gli oggetti caduti per terra.

Il bambino con scarabiasi manca di appetito, soffre di diarrea e dolori, può divenire emaciato; alle volte presenta febbre. R. P.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento corporativo.

Esenzione di alcuni Enti dalla tassa di concessione governativa per le autorizzazioni prefettizie all'apertura di ambulatori, case di cura, gabinetti di analisi, ecc. di cui all'art. 103 del T. U. Leggi Sanitarie.

Come è noto, con circolare n. 12 del 20 gennaio 1939, sentito il Ministero delle Finanze, fu disposto che anche gli Enti pubblici a carattere assicurativo e mutualistico erano tenuti al pagamento della tassa di concessione governativa per le autorizzazioni di cui all'oggetto.

Successivamente, a parziale modifica della suddetta norma, con circolare n. 111 del 9 ottobre 1940, fu disposto che l'Istituto Nazionale Fascista per la Previdenza Sociale e l'Istituto nazionale Umberto I pei salariati dello Stato (oggi incorporato nell'Ente Nazionale Fasista di Previdenza e Assistenza per i dipendenti statali) non erano tenuti al pagamento della tassa stessa.

Il Ministero dell'Interno, con circolare n. 116 del 6 ottobre 1942, ha disposto, su conforme parere del Ministero delle Finanze, che uguale esenzione deve essere estesa agli ambulatori della Cassa Nazionale Malattie per gli addetti al commercio, in base alla legge 19 gennaio 1934, n. 181, la quale concede alla detta Cassa tutti i benefici, privilegi ed esenzioni tributarie concessi all'I.N.F.P.S.

E poichè la legge 9 luglio 1940, n. 1094 ha esteso le agevolazioni tributarie, di cui alla succitata legge 19 gennaio 1934, n. 181, agli Istituti elencati nell'articolo unico della legge stessa, ne consegue che anche questi ultimi, tra i quali sono comprese le Federazioni Nazionali Fasciste delle Mutue di Malattia pei lavoratori agricoli e pei lavoratori dell'industria, beneficiano della esenzione dalla tassa di concessione di cui trattasi.

Rimane fermo il principio dell'obbligo della corresponsione della tassa per tutti gli Enti pubblici a carattere assicurativo e mutualistico, quando nelle relative leggi manchi una esplicita disposizione di esenzione.

(« Assistenza Fascista », nov.-dic. 1912).

CONCORSI

Concorsi a premi.

Premi « Generale Bompiani » e « Tenente Bompiani ».

È aperto il concorso a due premi biennali, da L. 4000 ciascuno, istituiti presso la R. Università di Modena, con mezzi offerti dalla S. A. Italiana Prodotti Bicicli, intitolati alla memoria del generale Giorgio Bompiani e del tenente Giorgio Bompiani, caduto nella guerra 1915-18.

Detti premi sono destinati a promuovere gli studi sull'eudermia, e vengono assegnati, a norma del Regolamento approvato con Decreto ministeriale 14 settembre 1942-XX, con vicenda annuale, al candidato che, avendo frequentato nell'anno accademico la Clinica dermatologica diretta dal prof. Marcello Comel, presenti il miglior lavoro di argomento eudermico.

Nell'andante anno 1943 verranno eccezionalmente conferiti ambedue i premi.

I candidati devono presentare domanda entro il mese di maggio p. v. al Rettore dell'Università correndandola di una dichiarazione che attesti la frequenza nella Clinica dermatologica diretta dal prof. M. Comel, e di copia del lavoro concorrente.

Stante le attuali condizioni, i candidati richiamati alle armi sono esonerati dall'obbligo della frequenza anzidetta.

Chiedere copia del bando al direttore della Clinica, via Berengario 24, Modena.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

RICOMPENSE AL VALOR MILITARE.

Medaglia di bronzo: maggiori med. Salvatore Calvello, Michelino Pala; capitani med. Giovanni Pini, Emilio de Rensis; tenenti med. Giuseppe Boschetti, Salvatore Martini, Andrea Petti; sottotenenti med. Raimondo Bariatti, Mazzini Bonighi, Ubaldo De Ferrari, Gilberto Guardavaccaro, Angelo Lintas, Antonino Minnella; sottotenente med. di compl. Angelo Gasparotto; capo manipolo Luigi Rugge.

Al ten. col. medico della R. Marina in s.p.e. Ernesto Trombetti sono state conferite una medaglia d'argento e una di bronzo al valor militare.

Il prof. Agostino De Lieto Vollaro, già ordinario di Clinica oculistica nella R. Università di Milano, è nominato emerito.

A succedere al compianto prof. Giuseppe Pennetti nella direzione sanitaria delle Casse Mutue delle industrie di Napoli, è stato chiamato il prof. Arturo Tarsitano, aiuto nella R. Clinica tropicale e subtropicale.

NOTIZIE DIVERSE

Gli ospedali di Napoli e le necessità belliche.

In una recente riunione del Consiglio Provinciale di Sanità di Napoli, il Prefetto Albini ha riferito sulla situazione generale sanitaria della provincia, che può considerarsi soddisfacente e si è soffermato ad illustrare i provvedimenti attuati e quelli predisposti per conservare efficiente, così da fronteggiare ogni necessità, l'attrezzatura ospedaliera napoletana e sottrarre alcuni ospedali al pericolo dell'offesa bellica nemica.

Va segnalata in questo speciale campo l'attività degli ospedali degl'Incurabili e dei Pellegrini, la cui organizzazione e attrezzatura è stata migliorata e ampliata, anche per sostituire l'ospedale Loreto i cui sanitari, nell'attesa di ripristinare il funzionamento di questo ospedale in altro locale opportunamente scelto, sono stati invitati a prestare servizio negli ospedali Ascalesi, S. Maria della Pace e Morvillo, che potranno così, insieme con le cliniche della R. Università e cogli ambulatori delle Casse Mutue dei lavoratori delle industrie, contribuire utilmente al pronto soccorso dei sinistrati.

Un notevole miglioramento si potrà avere nel settore di pronto soccorso nei ricoveri, essendosi ottenuto che i medici ad esso preposti vengano adeguatamente compensati a carico del Ministero ed anche con la mobilitazione civile di tutti i sanitari, la cui grande maggioranza, peraltro, ha dato prova di coscienza della propria missione.

Rapporti culturali con l'oriente asiatico.

A cura della Sezione Lombarda dell'« Istituto per il Medio ed Estremo Oriente » e Sez. Lombarda « Amici del Giappone » è apparso un fascicolo che, sotto il titolo: « Tre gruppi di premiazioni », riferisce non solo di tali premiazioni attuate recentemente in Milano (a giornalisti, a scolari, a iscritti a Is.Meo Lombardo), ma anche riassume il pensiero e le direttive di una azione organica svolgentesi per rafforzare e sviluppare sempre più i nostri rapporti coi Paesi dell'Oriente Asiatico e specie col Giappone.

Ben si comprende come questo argomento sia ora interessante e lo sarà fors'anco maggiormente nel dopo-guerra, quando il nuovo assetto mondiale tenderà ad avvicinarsi sempre più spiritualmente ai popoli del Medio ed Estremo Oriente.

Pei medici italiani è stata riprodotta la suddetta trattazione, preceduta da brevi chiarimenti, in un numero speciale di « Rinnovamenti spirituali », il quale viene inviato a tutti i medici che ne faranno domanda anche con la sola parola « Giappone », all'Ufficio Stampa Medica Italiana », Via Vallazze N. 39, Milano.

Il prof. Benda.

Il 30 gennaio ha compiuto 70 anni il prof. Luigi Benda, uno dei pionieri della chemioterapia, che è tra i rami più giovani e più promettenti delle scienze mediche.

Nel 1906 il Benda iniziò una stretta collaborazione con Ehrlich. Egli sintetizzò l'acido para-ossibenzoico, che fu il composto di partenza per la produzione del salvarsan; sintetizzò pure la triplaflavina, atta a combattere varie infezioni e dalla quale sono derivati vari composti, come la panflavina, usata per la disinfezione del cavo oro-faringeo e per la cura dell'influenza. Dobbiamo al Benda anche la sintesi del tonofosfan, che attiva il ricambio del forsforo; si sono elaborati poi alcuni prodotti similari, come il tetrasfosfen e il perfosfor. Dopo la costituzione della I. G. Farbenindustrie il Benda diresse a Höchst sul Meno la sezione chimico-farmaceutica di quella fabbrica e in seguito ne fu direttore generale. Da alcuni anni è andato a riposo nella nativa Zurigo. La Facoltà medica dell'Università di Francoforte sul Meno gli conferì, nel 1927, il grado di dottore *honoris causa* e poi lo nominò professore onorario.

Un po' dovunque.

A Torino è stato organizzato un autocarro sanitario, che comprende gabinetti radiologici, oculistici, odontoiatrici e oto-rino-laringoiatrici; esso fa il giro dei comuni della provncia. Medici specialisti e personale sanitario ausiliario seguono l'autotreno e compiono visite completamente gratuite, in specie a favore degli sfollati e degli operai.

La Duchessa di Genova ha visitato, il 3 marzo, feriti ed ammalati reduci dai fronti di guerra, degenti nell'Istituto sanatoriale di Galliera (Bologna) dell'Istituto nazionale fascista della previdenza sociale.

I Ministero della Guerra ha stabilito una serie di provvedimenti intesi ad assicurare la possibilità di ultimare gli studi agli ufficiali di complemento inscritti nelle Facoltà di medicina e chirurgia, di chimica-farmacia e di veterinaria.

A cura dell'« Associazione Medici Italiani Artisti e Scrittori » si sta ricercando quale sia la produzione dei medici italiani, di carattere anche letterario, riguardante i Paesi dell'Oriente Asiatico. Sono stati fin'ora segnalati lavori (e anche interi volumi) di Mazzolani (Cina), Poggi (India), Pazzini (Iran), Sarnelli (Yemen e Paesi d'Oriente in generale); opere classiche di Filippo De Filippi; monografie di Rolando, Piaggio, De Cigna. Se altre opere sono segnalabili, si prega volerle indicare alla sede dell'AMIAS, oppure a «Ufficio Stampa Medica Italiana» (via Vallazze 39, Milano).

Dalle incursioni aeree nemiche è rimasta gravemente danneggiata la Clinica ostetrica di Genova, e a Milano sono stati colpiti con spezzoni e da schegge la Clinica ostetrica e l'Asilo Regina Elena per le madri legittime; in Germania sono stati distrutti o gravemente danneggiati alcuni ospedali.

Ad un congresso organizzato in Lipsia dalla Federazione del Reich per il movimento turistico, il segretario di Stato Hermann Essen ha rilevato che, anche in questo tempo di guerra, nel Reich 250 stazioni climatiche e termali e alcune migliaia di comuni riconosciuti luoghi di villeggiatura, stanno a disposizione di ammalati, convalescenti e persone bisognose di ritemprare la propria salute.

Malgrado le difficoltà inerenti alla guerra, il Museo d'Igiene di Dresda nel 1942 è stato molto frequentato: le sue 36 regioni sono state visitate da 437.656 persone. La predilezione del pubblico è andata al reparto « Meraviglie della vita » con i gruppi « L'uomo di vetro », « Sano o malato » e « Controbattere il cancro ». Alla fine del 1942 il Museo d'igiene di Dresda aveva tenuto 1414 mostre, visitate da più di 13 milioni di persone.

In Germania si è stabilito che la capacità al lavoro dev'essere giudicata solo dai medici addetti al « Fronte del lavoro », i quali potranno valersi delle relazioni e dei certificati di medici curanti ospedali, istituti, ecc.

La stampa medica germanica ricorda che il 24 gennaio si sono compiuti cento anni dalla nascita di Franziska Tiburtius, la quale fu la prima medichessa tedesca; si diplomò a Zurigo; per qualche tempo esercitò a Berlino, con la tolleranza delle autorità, come la collega Emilie Lehmus; solo nel 1890 vi si aggiunse una terza medichessa. Nel 1894 le università tedesche cominciarono ad accettare le donne, che nel 1898 furono ammesse agli esami di Stato.

Il dott. Alvar Wilska ha presentato alla Società medica finlandese di Helsinski uno stereomicroscopio di sua ideazione.

L'« Agenzia Centraleuropa » informa che in Svizzera si contano 5014 medici, ossia 1 ogni 1208 abitanti; gli specialisti sono 1506; le medichesse 464.

La si.gra Maria Rinaldi in Guerini, residente a Sedrina (Bergamo), ha avuto un parto trigemino.

In Tunisia moltissime donne italiane sono entrate a far parte del corpo volontario delle infermiere; esse nelle corsie degli ospedali e tra la popolazione musulmana si sono imposte all'affetto e alla devozione di quanti sono oggetto dei loro solleciti soccorsi.

Nella sciagura avvenuta la notte del 3 marzo in una stazione ferroviaria sotterranea di Londra, durante un attacco dell'aviazione tedesca, i primi aiuti sono stati portati da medici, accorsi alla luce di lampadine tascabili.

Il giornale « Dagens Nygheter » di Stoccolma riporta una notizia da fonte statunitense secondo la quale durante lo scorso anno sono rimaste uccise, negli Stati Uniti, in seguito a incidenti e infortuni, 93.300 persone, mentre 9.300.000 persone sono rimaste ferite più o meno gravemente.

Nella colonia agricola dell'Ospedale psichiatrico di Varese si sono verificati vari furti di generi alimentari e ultimamente di due biciclette; i ladri sono stati scoperti e arrestati.

Nella farmacia Federighi di Venezia due ragazze, addette al laboratorio, trasportavano una damigiana contenente trenta litri di acetone; l'hanno lasciata cadere e il prodotto ha preso fuoco, determinando uno scoppio e un incendio; le due ragazze hanno riportato gravi ustioni; i danni materiali sono stati rilevanti.

A Madrid l'ingegnere elettrotecnico Arturo Winawer si è suicidato mediante la corrente elettrica; a tale scopo egli aveva costruito un nuovo modello di sedia elettrica.

La Banca Popolare di Novara, in occasione dell'assemblea generale, ha disposto l'elargizione di otto milioni e mezzo per iniziative e provvidenze d'ordine patriottico e assistenziale.

L'« Opera del Reich per il pane integrale », aveva indetto due concorsi a premi: uno sul cómpito della vitamina E nella fecondabilità umana e l'altro sul significto fisiologico dei grassi e delle sostanze che li accompagnano (fosfatidi, vitamine, ecc.) nell'embrione di segala. La commissione, composta di Abderhalden, Kaufmann, Eufinger, Scheunart e Stepp, ha assegnato il premio del primo tema, in RM. 2000, al dott. Roth, assistente nella clinica ginecologica distrettuale di Karlsruhe, ora maggiore medico; il secondo concorso è andato deserto e viene riaperto con scadenza al 31 dicembe 1943.

Il decano della Facoltà medica di Montpellier, prof. Gaston Giraud, ha tenuto al Centro universitario mediterraneo di Nizza una conferenza sul tema: « La guerra e il dopoguerra hanno creato una nuova patologia? ». (Notiamo che, per la Francia, dopo-guerra è il periodo attuale). Il conferenziere s'intrattenne, in specie, sui dimagramenti, gli edemi da fame, le amenorree, le osteopatie, le ipovitaminosi, gli accidenti ostetrici, le sindromi neuro-psichiche, la diffusione e l'aggravamento di alcune malattie infettive, ecc. Concluse che non vi sono stigmate nuove; si sono solo modificate la forma e l'incidenza di alcune malattie.

È morto il dott. ALEXANDER YERSIN nell'Istituto Pasteur di Nha-trang (Indocina francese), da lui fondato e per lunghi anni diretto. Nel 1894 egli scoprì, a Hong Kong, il batterio della peste; a lui dobbiamo anche il siero antipestoso. Ebbe molte altre benemerenza, tra cui l'introduzione della pianta del caucciù nell'Indocina (va notato che egli rifiutò i vastissimi territori assegnatigli dal Governo coloniale a titolo di compenso). Era nato in Svizzera nel 1863; stabilitosi in colonia, vi si era talmente affezionato, che non fece più ritorno in Europa . V.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Med. Españ., ott. — A. MOREU. Sindromi carenziali in oftalmol. — A. SUBIRANA. Trattam. della miastenia.

Gazz. d. Osp., ecc., 21 sett. — M. RICCIUTI. Polmonitici trattati con sulfamidometiltiazolo.

Gazz. Med. Alban., lug.-ag. — L. REALE. Gravidanza doppia in epoca differente in utero bicorne.

Ann. Med. nav. e col., sett.-ott. — B. BABUDIERI. Leptospirosi. — M. MASSANI e R. BERGER. Pseudoitteri provocati.

Presse Méd., 7 nov. — L. PORTE e J. VARANGOT. Follicolina per via perlinguale. — G. PORTMAN. Sordità progressiva.

Rev. Belge Sc. Méd., sett.-ott. — N. DENOLIN. L'ondata alcalina post-prandiale.

Min. Med., 10 nov. — V. CHINI. Glossite in casi di peritonite tbc.

Klin. Woch., 14 nov. — C. BOMSKOV e al. Ormone timico. — B. STEINMANN. Bradicardia nella nefrite acuta.

Deut. Med. Woch., 13 nov. — KÜHN. Trattamento psichico in clinica. — PATRONO. Ipertimismo di Pende e ormone timico di Bomskov.

Rev. Clin. Españ., 30 sett. — C. GONZÁLES BUENO. Mobilizzaz. immediata degli operati al tubo diger.

Praxis, 5 nov. — F. HEIM. Zona e suo trattam.

Min. Med., 17 nov. — A. ROBECCHI e L. RIGOLETTI. Reaz. linfoghiandolare nel reumat. artic. ac.

Acta Med. Scand., II. — O. SIEVERS. Gruppi sanguigni dei reticolociti. — C. VAN BECK e al. Ipoglicemia spontanea da tumore delle isole di Langerhans.

Presse Méd., 14 nov. — P. PRUVOST. Cisti gassose. Enfisema cistico. — A. SOULIRIAC. Ormoni sess. e disturbi mentali.

Acta Med. Scand., III-IV. — C. KLING e al. Virus poliomielitico nelle fogne. — H. LEVISON e O. THORDARSON. Meningite e meningo-encefalite parotitiche. — K. RÖGEL. Insulina nel sangue e nell'urina.

Deut. Med. Woch., 20 nov. — DICK. Trattam. dell'ittero epatocellulare. — WINDORFER. Febbre volinica.

Münch. Med. Woch., 20 nov. — A. GASBARRINI. Fibrosi art. del parenchima polm. — O. RUZICZKA. Trattam. di nefrosi infant. mediante febbre artif.

Praxis, 12 nov. — P. ULRICH. Comparsa, cambiamenti e scomparsa di malattie.

Clin. Med. It., 20 nov. — G. BENEDETTI e B. NUTI. Quadro midoll. e perifer. nell'infez. luetica. — L. GABBIANELLI. Pioculture e sieroculture.

Wien. Arch. inn. Med., 1 dic. — O. FEUCHTINGER. Ipotalamo, sist. nerv. vegetat. e secrez. interne.

Rif. Med., 14 nov. — A. FERRANNINI. Vit. K nel trattam. del morbo di Werlhof.

Klin. Woch., 28 nov. — C. WOLPERS. Il parassita della terzana benigna esaminato elettronicamente. — E. KLOTZBÜCHER. Prodotti di distruz. cellulare quale causa di infezioni a focolaio.

Deut. Med. Woch., 27 nov. — REUSS. Il problema dell'allattamento. — BRISHL. Trattam. dell'ulcera e della gastrite durante lo stato di guerra.

Forze San. 31 ott. — C. COMEL. Terapia eudermica delle ustioni. — F. MARTA. Cura abortiva della sifilide.

Rif. Med., 21 nov. — G. ANNONI. Ac. pantotenico.

Indice alfabetico per materie.

G. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME L Roma, 22 Marzo 1943-XXI Num. 12.

"IL POLICLINICO„

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER L'ANNO 1943

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 100	L. 145	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . . .	L. 155	L. 210
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . . .	L. 70	L. 80	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 155	L. 210
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile) .	L. 70	L. 80	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chir.) .	L. 200	L. 275

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 7; della PRATICA L. 5.
I numeri, che vengono tutti scrupolosamente spediti, se non reclamati entro un mese dalla loro pubblicazione, si rinviano soltanto a pagamento.

L'importo dell'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato, *senza tassa* nel Conto corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. 5.

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE PER MALATI AFFETTI DA CONGELAMENTO
REPARTO DI MEDICINA
Direttore: Dott. MARINO VAGLIANO
docente di patologia medica

Nuove nozioni sui congelamenti dei soldati in Grecia durante la guerra 1941-42.

Il congelamento è la malattia che concerne principalmente la patologia medica e raramente la patologia chirurgica.

Durante quest'ultima guerra sopra 28.000 colpiti soltanto 4.000 sono ricorsi al chirurgo. Ciò dimostra chiaramente che questi malati hanno bisogno di cure mediche immediate, e che l'intervento del chirurgo è necessario solo quando vi è distruzione completa dei tessuti.

All'inizio l'infezione locale, e spesso generale, rendevano obbligatoria la chiamata del chirurgo al capezzale del malato.

Nel decorso di questa malattia distinguiamo *tre* periodi bene distinti. In questa comunicazione abbiamo intenzione di esporre le nostre ricerche sul *primo* e sul *secondo* periodo.

A) *Ricerche e trattamento durante il primo periodo.*

Durante questo primo periodo divideremo i congelamenti in 1, 2, 3 grado, secondo l'intensità dell'azione del freddo, e per conseguenza, secondo l'intensità della lesione. Ma a parte l'infezione che può agire e trasformare rapidamente il grado del congelamento, a qualsiasi momento; l'evoluzione di ciascun grado si compie generalmente nei primi 3-4 giorni.

L'azione del freddo provoca la lesione dei tessuti e crediamo che i vasi (arterie, vene) presentano in seguito delle lesioni cicatriziali alle loro pareti. D'altra parte i tessuti menomati nella loro resistenza, per l'azione del freddo, corrono il rischio di essere attaccati dai microbi, e l'infezione può limitarsi alle parti colpite dal congelamento, oppure invadere l'insieme dell'organismo e costituire una tossi-infezione generale fatale per il malato.

Sull'insieme dei 28.000 colpiti più di duemila sono morti di questa infezione.

L'infezione locale o generale si presenta al-

l'inizio del primo periodo. Le nostre ricerche sull'infezione di questo periodo hanno dimostrato (Accademia di Atene 1941) che il bacterium coli è l'agente esclusivo.

Questo microorganismo si trova nell'interno dei tessuti morti in cultura pura, e spesso nel sangue durante l'infezione generale.

Lo stafilococco e lo streptococco possono provocare una infezione associata, poco importante, specialmente per via linfatica.

Il bacterium coli invade, durante questo periodo, le ossa e si trova questo batterio in cultura pura nell'interno delle ossa.

È ancora possibile di trovare le ossa del metatarso e del tarso colpiti dal colibacillo lontano dalla parte attaccata dal freddo. L'odore speciale delle gangrene durante il congelamento è dovuto al colibacillo. I dolori continui, vivaci e qualche volta atroci sono i segni caratteristici di questo periodo.

D'altra parte i segni di tossi-infezione locale o generale, ed i diversi aspetti della mortificazione dei tessuti completano il quadro della malattia. Consideriamo che oltre il freddo, il digiuno è un agente molto importante che favorisce l'esplosione del congelamento.

Abbiamo osservato in Atene questi ultimi mesi dei congelamenti gravi in persone povere e male alimentate, esposte al freddo.

TERAPIA

Bisogna disinfettare le parti colpite, evitando tuttavia che le cellule, già sofferenti ma capaci di guarigione, siano distrutte dal disinfettante. Ecco in cosa consiste, per il momento, l'intervento principale del medico durante i primi giorni del congelamento.

Con l'impiego del trattamento che noi consigliamo possiamo conservare delle parti estese delle estremità dei singoli malati.

Ecco in che consiste il trattamento:

1) Contro l'edema dei primi giorni l'applicazione di sanguisughe oppure le scarificazioni col bisturi ci hanno dato completa soddisfazione.

2) La soluzione di *Dakin*, come disinfettante fu la sola che ci diede i migliori risultati, specialmente contro il colibacillo. Abbiamo impiegata, per spirito di conservazione, la soluzione di Dakin, essendo essa leggermente caustica, al minimo, ed abbiamo utilizzato in sua vece il siero fisiologico in applicazione permanente durante i *due-tre* primi giorni dell'evoluzione del congelamento, in seguito in modo intermittente.

3) L'immunizzazione contro il colibacillo di ogni soldato colpito da congelamento deve praticarsi all'entrata di esso all'ospedale. Sarebbe estremamente utile e necessario che questo trattamento venisse praticato sistematicamente e per prima cosa.

Questa immunizzazione si pratica mediante iniezione endovenosa di 1/2 c.c. di vaccino-brodo di colibacillo, secondo il metodo Besredka (sette stipiti di colibacillo su brodo ordinario durante 8 giorni alla stufa filtrati e sterilizzati a 115° durante 15').

Il terzo giorno si pratica una seconda iniezione di 1/2 a 1 c.c. Non abbiamo osservato alcun inconveniente da questo metodo.

Il citrato di soda è stato pure utilizzato durante questo periodo, per via endovenosa.

Trattando così i malati dai primi giorni si allontana ogni pericolo di infezione locale o generale, ed il medico rassicurato dello stato generale del suo malato, sceglie il momento propizio per l'ablazione delle parti necrosate dal freddo.

Durante questo tempo ci siamo convinti di poter salvare, in questo modo, alcune parti delle membra colpite.

Con questo trattamento l'infezione locale o generale da parte dello streptococco o dallo stafilococco è estremamente rara.

Due mesi dopo l'inizio del congelamento, il malato entra nel *secondo* periodo.

B) *Ricerche e trattamento durante il secondo periodo.*

Durante questo periodo i sintomi, molto diversi da quelli del primo periodo, si riassumono come segue:

1) Sindrome di claudicazione intermittente nell'analogia del 75% dei casi.

2) Nevralgie e sciatiche ben differenziate dalla sindrome della claudicazione intermittente, dovuta all'offesa dei nervi, delle ossa del periostio.

3) Edema, cianosi e sudori delle parti colpite, durante la marcia.

4) Ulcerazioni atone che persistono durante parecchi mesi. Queste ulcerazioni sono il seguito delle superficie operate, oppure si manifestano durante questo periodo.

5) Acrocianosi delle membra, preesistente del congelamento. Il trattamento migliora questi casi ma molto difficilmente.

TRATTAMENTO

1) Abbiamo disgraziatamente constatato che il riposo assoluto provoca anchilosi delle articolazioni, con atonia delle parti colpite, nocevole allo stato funzionale delle membra. Per conseguenza consigliamo ai malati di utilizza-

re gradualmente, ed il più presto possibile, le parti colpite.

2) Tutti i casi devono essere trattati con una soluzione di citrato di soda preparato come segue:

Acqua bidistillata 1000 c.c. Citrato di Soda chimicamente puro 20 grammi. Sterilizzazione a 110° durante 15'. Questa soluzione deve essere di recente preparazione e completamente chiara.

Si pratica una prima iniezione endovenosa di 50 c.c. di citrato di soda.

Il 4° giorno una iniezione di 150 c.c. Il 9° giorno una iniezione di 250 c.c. e il 15° giorno una iniezione di 250 c.c.

Dopo un intervallo di 40-50 giorni si pratica una seconda serie di iniezioni, nello stesso ordine.

L'azione del citrato di soda sui sintomi vascolari di questo periodo è rapida e sorprendente.

3) Si fa eseguire una radiografia per ricercare se la causa dell'ulcerazione è dovuta all'osso necrosato, ed in questo caso si consegna il paziente al chirurgo per l'intervento sull'osso.

4) Sulle ulcerazioni che non si cicatrizzano dopo il trattamento col citrato di soda (75 % si trova un diplococco Gram-positivo, che si coltiva solamente su gelose-uscite, ed è mortale per i topi nello spazio di 2-3 giorni.

I preparati sulfamidici (Dagenan, Ultraseptyl) applicati in polvere sull'ulcerazione uccidono il diplococco e cicatrizzano le piaghe in alcuni giorni.

Su tutte le ulcerazioni si deve fare la pulizia ogni giorno con siero fisiologico, oppure con soluzione di Dakin.

Malgrado il trattamento sopradescritto, il 10 per cento delle ulcerazioni senza diplococco, non si cicatrizzano.

(Riassunto di comunicazione del Dott. M. Vagliano all'Accademia di Atene, 1941-1942).

NOTE E CONTRIBUTI

REGIO ISTITUTO FISIOTERAPICO OSPITALIERO DI S. MARIA E S. GALLICANO IN ROMA
Direttore Prof. PIER ANGELO MEINERI

Le epato amine nelle intolleranze arsenobenzoliche.

Dott. CARLO FIVOLI, assistente

La terapia antiluetica con la scoperta degli arsenobenzoli si è arricchita or è un trentennio di un'arma poderosa, cosicchè la sua rinuncia per l'insorgenza di fenomeni d'intolleranza rende perplessi sia il medico che il malato. L'essere costretti a rinunciare, e sovente all'inizio dell'infezione, ad una terapia così efficace, è sorgente di seria preoccupazione, che agita la mente di colui cui è affidata la grave responsabilità del trattamento di una sì insidiosa malattia. Si deve aggiungere l'angosciosa preoccupazione del malato che si vede costretto a rinunciare a un preparato, che già conosce, come miracoloso, poichè troppo volgarizzato e magnificato; chi non conosce il 914?

Lo stato di trepidazione sull'eventuale evoluzione della malattia, privata così brutalmente, di un medicamento fornito di una sicura e costante efficacia, ha spinto vari sifilografi ad intraprendere una serie di ricerche per evitare l'insorgenza dell'intolleranza e come debellarla. Le varie intolleranze: crisi nitritoide, crisi sincopale, febbre, disturbi gastro-intestinali, reazione di Jarisch-Herxheimer, encefalite emorragica, eruzioni cutanee ecc. non tutte possono essere evitate, non possono essere totalmente combattute, sarebbe chiedere troppo alla scienza, però se gran parte di queste possono essere superate, questa deve ritenersi sempre una grande conquista per la terapia antiluetica. Si consideri ciò in rapporto al fatto sostanziale, perchè noi ancora ignoriamo le vere cause, che danno origine alle intolleranze degli arsenobenzoli. Per questa ignoranza causale sono fioriti negli scorsi anni vari metodi, che hanno avuto più o meno tutti una vita effimera: Millian ha consigliato adrenalina per os. e per via ipodermica, Alwens bromuro di stronzio, Lehnerdt una soluzione di urea e stronzio, Fleiy, Drohot una soluzione di glucosio al 33 %, Kritjschenski glucosio e adrenalina, Sicard e Paraf iniezione preventiva di carbonato di sodio.

Sono stati usati inoltre i sali di calcio, eosinato di cesio, autosiero ecc. Questi vari metodi a cui taluni autori hanno anche unito speciali dettagli di tecnica, sono caduti più o meno ra-

pidamente, o perchè inefficaci, o perchè davano luogo a soluzioni tossiche. Or è un decennio Savulescu, partendo dalle ricerche di Levaditi, che aveva notato — in vitro — una maggiore tolleranza ed una maggiore attività terapeutica coll'aggiunta di estratti epatici agli arseno-benzoli, servendosi di un sale biliare — Natrium Deidrocolicum — al 20 % aggiunto all'arseno-benzolo, poteva praticare iniezioni di 75 centigrammi a giorni alterni e per 15 giorni. Il Savulescu oltre a questa terapia massiva è riuscito ad usare con questo metodo una terapia salvarsanica su una paziente, che aveva avuto in precedenza fenomeni di intolleranza. Savulescu ritiene che l'azione del deidrecolato di sodio venga espletata sia aiutando la funzione disintossicante del fegato, sia stimolando la funzione biligenetica della cellula epatica. L'azione colagoga accentuata farebbe sì che la bile convoglierebbe gran parte del prodotto arsenicale, che non avrebbe così modo di fissarsi sulla cellula epatica e di alterarla. Questo metodo non ha avuto unanimità di conferme, così Truffi e Jacchia hanno riscontrato una buona tolleranza, mentre Bolzi e Piolti hanno notato insuccesso. Marras e Costantinescu hanno osservato una azione antitossica, smentita da Cottini e Negrisoli. Si è usata inoltre una soluzione di esametrilentrammina e benzoato di sodio (Stabisol) (Benintazo). Interpretando i fenomeni di intolleranza dovuti ad una carenza di vitamina C. si è usata anche questa sostanza da vari autori e ne hanno messi in evidenza buoni risultati (Montesano I. Santori ecc.).

Nel 1933 Rebaudi di Genova propose un suo metodo originale atto a vincere i fenomeni di intolleranza consecutivi all'uso degli arseno-benzoli. Nell'Istituto Maragliano Figori e Sivori e Menniti e Sivori, mediante ricerche sperimentali, misero in evidenza la peculiare qualità biologica di difesa delle sostanze albuminoide e organiche, che si trovano allo stato di amino-acido. Rebaudi partì dal presupposto che i tessuti albuminoidei dell'organismo ridotti allo stato di amino-acido, esplicano una azione disintossicante, neutralizzando le sostanze proteiche in via di disgregazione. Questa funzione sarebbe in rapporto con le spiccate tendenze degli amino-acidi ad ancorarsi, a copularsi con altri materiali albuminoidei in via di disgregazione, facilitandone così la successiva neutralizzazione. Rebaudi avendo notato di frequente uno stato di ipoepatismo nei luetici, volle tentare l'uso degli animo-acidi, come mezzo profilattico delle intolleranze nelle cure arseno-benzoliche, e prescelse un amino-acido epatico, anche per la funzione pessica del fegato. Egli si servì degli estratti epatici, perchè l'uso di amino-acidi di cervello e di midollo spinale usato nelle localizzazioni luetiche nervose, avevano esercitato un'azione svelenante inferiore a quella del fegato. Il Rebaudi si servì delle epato-amine (Piam) che sono amine di derivazione albuminoidea e dopo numerose esperienze concluse che tale veicolo non solo non diminuiva l'attività terapeutica degli arseno-benzoli, ma ne aumentava anche di gran lunga la tolleranza. Questo metodo va distinto dal metodo Savulescu, poichè sebbene apparentemente simili, ne differiscono per il meccanismo di azione: infatti il deidrocolato sodico agendo come colagogo inibisce la fissazione degli arseno-benzoli nelle cellule epatiche e quindi ne impedisce le alterazioni: l'epato-amina invece neutralizza i materiali proteici disintegrati dall'arseno-benzolo.

Numerosi sono stati i lavori pubblicati sul metodo Rebaudi tanto che si può dire esista già una vasta letteratura in proposito: però come è logico attendersi questi lavori non tutti concordano sull'attività antidota delle epato-amine, ciò secondo me è dovuto al fatto che noi ancora ignoriamo completamente la causa determinante l'intolleranza consecutiva all'arseno-benzolo. Del resto non tutti i preparati esercitano una stessa efficacia sui vari organismi; cosicchè non tutti sono tollerati alla stessa maniera e di ciò la clinica ci fornisce numerosi esempi.

Corelli ha usato con successo in talune intolleranze (febbre, cefalea, vomito, diarrea) le epato-amine e ne ha riconosciuto il vantaggio dell'uso in queste speciali forme. Alle stesse conclusioni è pervenuto Bosco dopo avere usato le epato-amine in taluni pazienti arseno-intolleranti. Maderna ha usato il metodo in trentatrè luetici e ha ottenuto ottimi risultati sia come tolleranza, sia come efficacia terapeutica. Sebastianelli oltre a dose massive ha usato il metodo in un caso d'ittero grave, riuscendo a portare a termine il trattamento. Ciarrocchi usando i metodi Rebaudi, Savulescu e Benech, in 51 pazienti intolleranti gli arseni-benzoli, ha dopo una lunga disamina ritenuto che questi metodi possono evitare — non in senso assoluto — gli incidenti da arseno-benzolo, specie se si tratta di pazienti in cui l'intolleranza, è legata a disfunzione epatica, mentre i risultati sono nulli in casi a patogenesi diversa. Per brevità mi astengo dal riportare altri autori; voglio parlare solamente di alcuni che hanno ritenuto non ascrivere importanza al metodo Rebaudi. Scolari in un in-

teressante lavoro sulla copro-porfinuria dei luetici, trattati con arseno-benzolo disciolto in varie sostanze atte a moderare l'azione tossica di essi, è pervenuto a conclusioni negative per gli amino-acido epatici. Ciò sarebbe dovuto al fatto che l'arseno-benzolo e cioè il neoiacol usato, a causa dell'acidità del solvente, provoca un intorbidamento della soluzione per separazione dell'acido solfossilico (Cazzani), cosicchè a me non pare debba ascriversi soverchia importanza, per lo meno per gli amino-acidi, a queste interessanti ricerche. Patrignani in un lavoro riguardante sei osservazioni non ha ritenuto attribuire alcuna azione alle epato-amine: a tali conclusioni non ritengo concedere molta importanza, poichè le osservazioni riguardano forme luetiche in gran parte di antica data: infatti è noto come sia difficile debellare queste forme, che non si prestano ad un esperimento clinico probativo. Anche noi abbiamo voluto renderci conto del valore e dei risultati derivanti dall'uso delle epato-amine negli arseno-intolleranti e perciò seguendo il consiglio del Direttore Prof. Meineri abbiamo ritenuto opportuno sperimentare le epato-amine Piam in un buon numero di malati sia degenti che ambulatoriali dell'ospedale di San Gallicano. Ho selezionato solo 22 casi in cui si era manifestata una grave intolleranza in base alla quale si sarebbe dovuto sospendere in maniera assoluta la cura arseno-benzolica. Ho escluso di proposito altre numerose osservazioni, poichè non complete e quindi non sicuramente probative per la scarsa diligenza dei pazienti. In gran parte l'infezione luetica era recente: quindi pazienti sottoposti a cicli regolari di cure e spesso con manifestazioni in atto e con reazioni sierologiche positive. Ho ritenuto opportuno suddividere i pazienti sottoposti all'esperimento in due gruppi; il primo riguarda pazienti con sifilide in atto (sifilide primaria, secondaria e terziaria), il secondo gruppo invece riguarda pazienti con sifilide latente.

I GRUPPO

PAZIENTI CON MANIFESTAZIONI IN ATTO.

OSSERVAZIONE I. — A. I., anni 22, meccanico.
Ha contratto sifilide un mese fa. (placche mucose, roseola; R. W. positiva completa); azotemia gr. 0,22 ‰.
Ha praticato 2 iniezioni di bismuto, successivamente tre endovenose di neosalvarsan. Tutte e tre sono state seguite da reazioni febbrili intense. Alla terza endov. (0,45) febbre a 40 durata tre gg., inizia trattamento con epato-amine: una da 0,30 è seguita da modica elevazione febbrile (37,5), le successive sono tollerate bene e senza alcun disturbo subbiettivo.

*

Complessivamente si praticano 10 end. di neosalvarsan, e 10 di bismuto. Le manifestazioni sono scomparse dopo 5 end. Al termine della cura la reazione di Wassermann è negativa.

OSSERVAZIONE II. — A. G., di anni 40, carrettiere.
Presenta sifilide (papule umide dei genitali) R. W. positiva completa; azotemia gr. 0,32 ‰. Ha praticato tre iniezioni di bismuto seguite da 5 end. di Neoici. Alla 5ª end. (0,60) compare un'eritema orticato sul tronco e sulle coscie, pruriginoso, della durata di ore 36. Si pratica la successiva end. 0,45 la quale è seguita da lieve prurito nel giorno successivo. In seguito si fanno ancora 5 end. da 0,60 disciolte in epato-amine senza nessun disturbo. Dopo aver praticato 9 iniezioni di bismuto la R. W. è negativa completa.

OSSERVAZIONE III. — G. P., di anni 35, donna di casa.
Ha contratto sifilide da 6 mesi e si è curata solamente con 12 iniezioni di salicilato di bismuto.
Presenta sifiloderma papuloso sparso, R. W. positiva completa. Azotemia gr. 0,27 per mille; colesterinemia gr. 1,61 per mille; esame urine; presenza di abbondante urobilina. Inizia il trattamento con epato-amine. Alla 3ª end. di neosalvarsan l'urobilina scompare. Si praticano complessivamente 10 end. di neosalvarsan e 12 Bivatol R. W. negativa R. Meinicke leggermente positiva

OSSERVAZIONE IV. — T. L., anni 27, dottore in legge.
Presenta sifiloma lamina interna del prepuzio. Pleiade inguinale destra. R. W. leggermente positiva R. Meinike ++ —. Ha praticato 2 iniezioni di bismuto e 5 di arseno-benzolo. La 4ª è stata seguita da reazioni generali, vomito e stato febbrile (39). La successiva end. (0,60) ha dato reazioni generali violente. Si pratica un'end. (0,30) con Epatoamine che è seguita da scarsa reazione febbrile. Le cinque successive end. da (0,60) sono tutte bene tollerate e non seguite da alcuna reazione. Dopo 10 di bismuto le reazioni sierologiche sono negative.

OSSERVAZIONE V. — F. F., anni 32, impiegata.
Presenta sifiloderma papuloso sparso, panadenopatia R. W. +++ R. Meinicke +++; Azotemia gr. 0,25 ‰. Prima pratica 2 iniezioni di bismuto. Alla 6ª endovenosa di neosalvarsan compaiono chiazze eritematose e pruriginose nelle varie parti del corpo durate ore 24. Cefalea frontale intensa. Si pratica end. di neosalvarsan (0,30) la paziente ha un lievissimo eritema sparso durato poche ore non pruriginoso, scarsa cefalea. Alla successiva 0,45 questi disturbi sono appena accennati, cosicchè si possono ancora praticare 3 end. da 0,60 senza alcun disturbo. Le manifestazioni sono scomparse dopo 7 iniezioni. Al termine del ciclo di cura arsenobismutico, R. W. negativa; R. Meinicke leggermente positiva.

OSSERVAZIONE VI. — A. I., anni 19, militare.
Ha contratto sifilide un'anno fà ed ha fatto 10 iniezioni di bismuto e 5 end. di neosalvarsan. Presenta sifiloderma palmare e plantare. R. W. e Meinicke: positive complete. Alla 4ª end. compare febbre preceduta da brividi sui 38. Alla successiva febbre sui 39 con forte abbattimento e malessere generale durato 3 giorni. Si pratica disciolto in

epatoamine end. di neosalvarsan da 0,45 seguita da scarsa elevazione febbrile, lievi disturbi subiettivi che si attenuano nelle successive, cosicchè possono venire inoculati gr. 5 di neosalvarsan.
Al termine della cura bismutica R. W. leggermente positiva. R. Meinicke negativa.

OSSERVAZIONE VII. — G. P., anni 35, facchino.
Sifiloderma nodulo-ulcerato avambraccio sinistro R. W. ++ — R. Kahn +++ —. Azotemia gr. 0,31 ‰. Dopa la 2ª end. di Neoiodo compaiono nelle prime 24 ore numerose scariche diarroiche. Si praticano successivamente 9 end. di Neoiodo con epatoamine, che non sono accompagnate da alcun disturbo subiettivo.

OSSERVAZIONE VIII. — A. E., anni 52, orologiaio.
Ha contratto sifilide 18 mesi fa e si è curato solamente con un ciclo arsenobismutico.
Presenta sifiloderma plantare.. R. W. positiva completa, Meinicke +++; azotemia gr. 434 ‰. Alla 6ª end. (0 60) crisi nitritoide. Alla 7ª end. (0,45) non crisi, ma solamente qualche conato di vomito. Si possono praticare ancora 4 end. di neoici senza nessun disturbo subbiettivo. Al termine della cura R. W. negativa; R. Meinicke positiva incompleta.

OSSERVAZIONE IX. — C. E., anni 25, militare.
Ha contratto sifilide 7 mesi fa e si è curato solamente con 8 end. di Neosalvarsan. Presenta papule umide del prepuzio e dello scroto, R. W. ++ Citochol +++; Azotemia gr. 0,30 ‰. Inizia trattamento arsenobismutico. Alla 3ª end. (0,45) insorge crisi nitritoide unita a intensi dolori alla regione epigastrica. Dopo 6 giorni si pratica una endovenosa (0,30) disciolta in epatoamine. In seguito si può completare il trattamento raggiungendo la dose complessiva di gr. 5 di Neosalvarsan. Al termine della cura la R. W. e Citochol negative.

OSSERVAZIONE X. — O. N., anni 53, impiegato.
Presenta sifilide (epatite sclerogommosa), R. W. positiva completa, R. Kahn +++. Modica ascite. Azotemia gr. 0,20 ‰; Colesterinemia gr. 1,50 ‰.
Esame urine: presenza di urobilina e pigmenti biliari. Dopo aver praticato 20 iniezioni di cianuro di mercurio e 10 di bismuto che hanno avuto scarsa influenza sulle lesioni epatiche e nessuna sulle R. sierologiche, viene iniziato un trattamento con Neosalvarsan disciolto in epatoamine nelle seguenti dosi: una (0,15) due (0,30), tre (0,45), quattro (0,60).
Mediante questa cura l'urobilina e i pigmenti biliari scompaiono nelle urine, l'ascite scompare dopo la 5ª end. Le condizioni generali del paziente migliorano notevolmente. Ultimata la cura la R. W. è leggermente positiva. La R. Kahn positiva incompleta.

RIASSUNTO E CONSIDERAZIONI

Le osservazioni riguardano 10 pazienti affetti da sifilide primaria, secondaria e terziaria con manifestazioni. L'intolleranze agli arseno-benzoli sono rappresentate dalle seguenti osservazioni: crisi nitritoide (2 casi), ittero (1 caso), urobilinuria (1 caso), eritemi orticati (2 casi), febbre e vomito (3 casi), diarrea (1 caso). In genere si trattava di pazienti giovani, che avevano contratto sifilide da poco tempo e presentanti manifestazioni in gran parte primarie e secondarie in atto. L'intolleranza si è manifestata in forma indubbia all'inizio del trattamento endovenoso, cosicchè non sarebbe stato possibile continuare gli arseno-benzoli senza incorrere in un grave pericolo. Infatti in altri tempi con grave pregiudizio dei pazienti, si sarebbe smesso il trattamento arseno-benzolico in maniera definitiva.

Dopo aver praticato un esame clinico accurato per escludere lesioni degli organi interni, specialmente degli emuntori epatico e renale — esame quantitativo e qualitativo dell'urine — azotemia, colesterinemia, pressione del sangue, si è proceduto al proseguimento del trattamento arseno-benzolico. Per combattere simile intolleranza mi sono servito dell'epatoamine Piam, perchè si sono dimostrate più efficaci per la profilassi degli accidenti da arseno-benzolo. Queste amine sono il prodotto delle elaborazioni di organi freschi (sostanze proteiche) di animali trattati in modo da essere portati nelle identiche condizioni biochimiche delle varie sostanze alimentari, che vengono nell'interno dell'organismo utilizzate per la sua nutrizione. Queste sostanze proteiche allo stato di amino-acidi conservano la specificità e neutralizzano inoltre i prodotti tossici derivanti dal catabolismo organico. Ho usato vari tipi di arseno-benzoli e cioè: arseno-benzolo Montecatini, Neosalvarsan, Neo I.C.I. Neo-IODO. Ho escluso il neoiacol, perchè con questo preparato si forma un composto acido, che ne aumenta la tossicità.

Questi preparati da me usati si possono adoperare secondo le preferenze indifferentemente, perchè hanno corrisposto pienamente; è necessario però usare sempre il medesimo tipo durante il ciclo. Il malato il giorno precedente veniva purgato e l'endovenosa veniva praticata a digiuno la mattina. La dose usata di NEO era sempre inferiore di 15 centigrammi alla dose, che aveva dato luogo alla intolleranza. Se questa avveniva alla prima si ripeteva la stessa dose. In genere era sufficiente una fiala di epato-amina di 3 cc. per dosi di arseno-benzoli medie, mentre per dosi più elevate è preferibile usarne due fiale. I preparati sono facilmente solubili nelle epato-amine come nell'acqua bidistillata, e formano soluzioni limpide rapidamente: solo il neo-Iodo in un primo momento forma una soluzione un po' scura, che poi si chiarifica e diviene anch'essa limpida, arancione. L'endovenosa specie la prima

deve essere praticata molto lentamente, per praticarla occorrono un minimo di 5-10 minuti — lentezza massima — inoculare possibilmente goccia, goccia. Tale dettaglio di tecnica ha un'importanza notevole: a questo procedimento ascrivo notevole importanza per ottenere il successo desiderato. Terminata l'endovenosa si invita il paziente a stare supino sul letto per una mezza ora e dieta blanda per tutta la giornata, vita normale nei giorni successivi. Le endovenose susseguenti dopo 4 o 6 giorni vanno effettuate secondo il metodo già annunciato per la prima endovenosa; se non ha dato luogo ad alcun disturbo, si passa alla dose successiva aumentando di 15 centigrammi: se si sono avuti lievi disturbi si ripete la stessa dose. Talvolta alla prima endovenosa praticata dopo l'intolleranza, si hanno lievissime e fugaci manifestazioni d'intolleranza cui non bisogna attribuire soverchia importanza: in questi casi invece di passare alla dose superiore successiva si ripete la medesima dose. Questi disturbi nei casi favorevoli scompariranno completamente. Attuando tale procedimento mi è stato così possibile poter proseguire il trattamento arseno-benzolico con successo in pazienti affetti da sifilide in atto, e che in altri tempi sarebbero stati condannati alla esclusione di tale terapia. Ognuno di essi ha potuto tollerare e proseguire le endovenose di arseno-benzolo fino a raggiungere le dosi normali, senza che l'organismo ne risentisse alcun nocumento.

L'efficacia terapeutica degli arseno-benzoli è completamente e perfettamente normale, e con tale termine voglio significare, che è totalmente uguale al trattamento praticato con i salvarsanici disciolti in acqua bidistillata.

Le manifestazioni infatti in breve tempo scompaiono, come del resto siamo abituati a vedere nei casi a decorso normale: a me non mi è stato possibile effettuare alcun rilievo in senso contrario, conferma di ciò l'ho avuta dal riscontro sierologico; al termine delle cure le reazioni sierologiche erano costantemente modificate. La R. W. in tutti i casi era diventata negativa, da ciò la grande importanza del metodo.

II GRUPPO

PAZIENTI CON SIFILIDE LATENTE.

OSSERVAZIONE I. — A. R., celibe, impiegato, anni 38.

Ha contratto sifilide 18 mesi fa e si è curato regolarmente nel primo anno con cicli arseno-bismutici. R. W. + — —, Kahn — — —; Azotemia gr. 0,28 ‰. Ha iniziato endovenose di Neosalvarsan ed alla quarta (0,45) è comparsa febbre sui 39, forte abbattimento, malessere generale. Si ripete la stessa dose che viene seguita da una scarza reazione (37,6) e lievi fenomeni subbiettivi. Si possono praticare altre 5 endovenose, che vengono tutte bene tollerate (4 da 0,60 e una da 0,45).

OSSERVAZIONE II. — F. C., coniugato, rappresentante, di anni 38.

Ha contratto sifilide 12 anni fa e si è curato saltuariamente. R. W. positiva incompleta. Reazione di Meinicke positiva completa. Reazione di Kahn positiva completa. Azotemia gr. 0,38 ‰.

Alla prima endovenosa di neosalvarsan si ha una crisi nitritoide discreta con senso di costrizione e crampi all'epigastrio. Dopo 5 giorni si ripete la stessa dose disciolta in epatoamine, che non da alcuna reazione. Si praticano ancora altre 8 endovenose di Neosalvarsan di cui 5 da 0,60, che vengono tutte ben tollerate. Dopo 12 iniezioni di bismuto la Wassermann è negativa, la Meinicke leggermente positiva, la Kahn negativa.

OSSERVAZIONE III. — S. O., celibe, commesso, di anni 22.

Ha contratto sifilide 15 mesi fa e si è curato scarsamente e saltuariamente con sole iniezioni di bismuto e mercurio, perchè non tollera gli arsenicali R. W + + +; R. Kahn + + +; Azotemia gr. 0,32 ‰. Due suoi fratelli ambedue luetici, non hanno potuto praticare cure di neosalvarsan per gravi intolleranze. Alla prima endovenosa di neoici si ha una violenta crisi nitritoide. Dopo otto giorni si ripete con epatoamine, però questa è seguita da crisi nitritoide in forma più attenuata. Si sospendono le endovenose.

OSSERVAZIONE IV. — M. F., studente, di anni 24.

Ha contratto sifilide 4 mesi fa e si è curato con 11 endovenose di neosalvarsan e 6 iniezioni di bismuto. Queste si son dovute sospendere per la comparsa di forte emottisi che si ripete poi in seguito con preparati mercuriali. R W. negativa; R. di Meinicke negativa, reazione Kahn + — Azotemia gr. 0,24 ‰. Inizia end. di Neoici che vengono tollerate bene fino alla 4ª, alla 5ª (0,45) compare discreta febbre (38,8) unita ad astenia profonda, inappetenza senso di nervosismo, che si prolungano per circa 3 giorni. Si ripete la stessa dose con l'epatoamine seguita da lieve reazione febbrile (37,3) e assenza di fenomeni subiettivi. Cosicchè si possono praticare 4 end. di neoici da 0,60. A fine cura le reazioni sono tutte negative complete. Questi cicli di cure fino ad oggi si sono ripetuti altre tre volte e sempre ben tollerati.

OSSERVAZIONE V. — R. S., casalinga, di anni 32, coniugata.

Ha contratto sifilide 9 mesi fa e si è curata con un ciclo bismuto-arsenicale. R. W. +, reazione Meinicke + +, reazione Kahn +. Inizia end. di neoici. La seconda è seguita dalla comparsa di prurito notturno, la terza da una manifestazione di orticaria sugli arti. Si pratica la 4ª end. di epatoamine da 0,30 che è seguita solamente da lieve prurito sugli arti. Vengono effettuate 6 end. di Neoici con epatoamine, che sono tutte ben tollerate. Dopo 12 iniezioni di Bivatol le reazioni sierologiche sono negative.

OSSERVAZIONE VI. — N. B., coniugato, operaio, di anni 29

Ha contratto infezione luetica da 4 anni e si è curato regolarmente solo nel primo anno. R. W. negativa. Reazione di Meinicke positiva completa;

Reazione di Hecht ++; Azotemia gr. 0,20 ‰. Alla quinta iniezione di Neoici (0,60) ha vomito e diarrea. Si ripete la stessa dose con epatoamine che non arreca alcun disturbo all'intestino, ma solamente nausea, cosicchè si praticano solo 4 end., che vengono tutte ben tollerate. Dopo le cure bismutiche le siero-reazioni sono negative.

OSSERVAZIONE VII. — A. F., di anni 61, coniugato, orologiaio.

Ha contratto sifilide 3 anni fa e si è curato con tre cicli arsenobismutici all'inizio. R. W. negativa, reazione Meinike ++, reazione di Hecht +. Azotemia gr. 0,27 ‰. La prima iniezione di neoici di gr. 0,15 è seguita da una crisi nitritoide discreta, seguita da febbre elevata. La successiva end. con epato-amine provoca ancora una crisi nitritoide, però con fenomeni subiettivi lievi. Non si ritiene opportuno proseguire la cura, data l'età avanzata del paziente.

OSSERVAZIONE VIII. — N. G., di anni 31, nubile, impiegata.

Ha contratto sifilide 11 anni fa. Curata saltuariamente e scarsamente. R. W. +. Reazione Meinicke +++, reazione Hecht ++. Azotemia gr. 0,20 ‰. La seconda end. di neoiodo è seguita da una crisi nitritoide intensa, senza disturbi subiettivi. La successiva end. con epatoamine non da alcuna reazione, cosicchè si può ultimare la terapia arsenobenzolica con notevole miglioramento della paziente. Alla fine della cura mercuriale le sieroreazioni risultano negative.

OSSERVAZIONE IX. — F. M., di anni 25, studente, celibe.

Da 5 anni tbc. apice destro. Soggetto denutrito. Ha contratto sifilide due anni fa e si è curato con 4 cicli di end. di neosalvarsan. R. W. — — —. Reazione Meinicke negativa, reaz. di Hecht negativa. Non tollera i bismutici. La terza end. (0,30) è seguita dalla comparsa di un eritema pruriginoso ponfoide sul tronco. Es. urine negativo. La successiva end. disciolta in epatoamine è accompagnata da un fugace eritema non pruriginoso. Vengono praticate altre sei end. che vengono ottimamente tollerate.

OSSERVAZIONE X. — L. L., di anni 25, giornalaio, celibe.

Ha contratto sifilide da 5 anni. Si è curato saltuariamente. Paziente oligoemico, psico-astenico. Azotemia gr. 0,21 ‰. R. W. — +, reazione Meinicke +, reazione di Kahn +++. La seconda end. d'arseno-benzolo (0 30) è seguita da una febbre discreta (39,1) cefalea intensa e spossatezza. Le successive end. disciolte in epatoamine sono seguite da una scarsa reazione febbrile (37,2) e lieve astenia, cosicchè possono effettuarsi altre otto end. con notevole giovamento del paziente.

OSSERVAZIONE XI. — D. L., anni 33, coniugato, albergatore.

Sifilide contratta da tre anni. Cura irregolare e saltuaria. R. W. +++, reazione di Meinicke ++, reazione Hecht +++. Azotemia gr. 0,30 ‰. Alla quarta end. di neosalvarsan (0,45) si manifesta una discreta crisi nitritoide con vomito e abbondante sudorazione. Si ripete la stessa dose con epatoamine, che vengono bene tollerate: cosicchè si possono fare regolarmente 11 end. delle quali l'ultima da 0,75. Dopo la cura bismutica la R. W. è leggermente positiva, reazione Meinicke, reazione di Hecht negative.

OSSERVAZIONE XII. — R. S., di anni 38, impiegato, coniugato.

Ha contratto sifilide 9 mesi fa e si è curato con due cicli arsenobismutici. Reazione di Wassermann negativa, reazione di Meinicke negativa; reazione di Hecht negativa. Azotemia gr. 0,33‰. Alla quinta end. di Neoici (0,60) si manifesta un'eritema orticato degli arti inferiori confluente. La sesta (0,45) con epatoamine viene seguita da una lieve reazione eritematosa degli arti inferiori. Si prosegue con 0,60 che non viene seguita da alcuna reazione.

RIASSUNTO E CONSIDERAZIONI

Il secondo gruppo riguarda 12 pazienti affetti da sifilide latente in cui durante il trattamento arseno-benzolico si erano manifestate intolleranze che sconsigliavano il proseguimento della cura. Le osservazioni riguardavano precisamente: crisi nitritoide (5 casi), orticaria (1 caso), eritema orticato (2 casi), febbre (3 casi), diarrea e vomito (1 caso).

Le infezioni risalivano da uno a parecchi anni. Trattasi di pazienti che avevano già praticato uno o più cicli di cure. L'intolleranza si era manifestata alle prime endovenose. Mi sono servito delle epato-amine Piam secondo il metodo di già esposto e che per brevità mi astengo dal riportare. I pazienti tutti ambulatoriali non avevano in precedenza sofferto intolleranze, cosicchè non era possibile poter comprendere la causa determinante tale stato. Le osservazioni come ho quì sopra riportato sono 12: di questi in dieci casi ho usato con successo il metodo Rebaudi, mentre in due casi ho dovuto sospendere il trattamento. Questi insuccessi si sono avuti in due pazienti in cui si era manifestata crisi nitritoide. Il primo di questi insuccessi riguardava un giovane di 22 anni: si era curato saltuariamente con preparati bismutici e mercuriali, non aveva mai praticato endovenose di Neosalvarsan, poichè la prima fatta 15 mesi fa era stata seguita da violenta crisi nitritoide per cui era stato sconsigliato l'uso degli arseno-benzoli. In considerazione del suo stato: R. W. positiva completa, si era ritenuto opportuno riprendere la cura arseno-benzolica, ma alla prima si è avuta una violenta crisi nitritoide. Dopo una settimana si è ripetuta la stessa endovenosa con epato-amine e si è avuta lo stesso una crisi nitritoide, però con scarsi fenomeni subiettivi. Due suoi fratelli uno di 20 anni commesso e uno di 27 anni cameriere, affetti ambedue da sifilide non hanno potuto praticare endovenose di Neosalvarsan per la comparsa di grave

intolleranza. Al primo ad ogni iniezione endovenosa seguiva febbre altissima: questa si è avuta anche con l'uso di preparato praticato per via parenterale. Al secondo fratello ogni qual volta si è praticato endovenose di arsenobenzolo è insorta grave crisi nitritoide. In questi casi trattasi di una intolleranza familiare totale ai preparati arsenicali.

Il secondo insuccesso si è avuto su di un uomo di età avanzata (61 anni) che aveva contratto sifilide 3 anni fa, R. W. negativa, si era curato con due cicli arseno-bismutici. Alla prima endovenosa di Neosalvarsan si era manifestata una crisi nitritoide con gravi disturbi subiettivi. Alla successiva s'è manifestata una medesima crisi nitritoide, però con disturbi subiettivi meno intensi, cosicchè il paziente poco dopo ha potuto abbandonare l'ambulatorio e tornare a domicilio da solo. Data l'età del paziente si ritiene opportuno sospendere la cura arseno-benzolica. Questi due insuccessi non infirmano l'importanza del metodo, anzi ne confermano la sua utilità ed efficacia, poichè dopo il trattamento le reazioni sierologiche sono apparse costantemente modificate in senso negativo, e si è avuto un miglioramento della crasi sanguigna e dello stato generale del paziente.

Ritengo opportuno dilungarmi alquanto su un caso meritevole di particolare attenzione: trattasi di un giovane di 24 anni affetto da t.b.c. polmonare D. in cura di pneumo-torace. Le reazioni sono positive incomplete. Non si erano potuti usare i preparati bismutici, poichè seguiti da forti emottisi e lo stesso era avvenuto con i preparati mercuriali. Alla quarta endovenosa di neo si era manifestata una crisi nitritoide, che ne avrebbe sconsigliato il proseguimento. Mediante le epato-amine si è potuto continuare con successo la cura e terminare regolarmente il ciclo. Le reazioni sierologiche alla fine del ciclo erano divenute negative. Posso aggiungere — ad abundantiam — che i successivi trattamenti per circa due anni si sono proseguiti, seguendo questo metodo. Talvolta è sopravvenuto un rialzo febbrile, però è stato sempre possibile effettuare la cura senza alcun disturbo subiettivo. Questa osservazione mi pare sufficientemente probativa per cui è bene che il sanitario la tenga presente ogni qualvolta si tratti di curare un paziente luetico con t.b.c. polmonare.

I casi da me riportati riguardano sia pazienti con sifilide recente che antica, con reazioni sierologiche positive o negative, taluni con stati generali scadenti per cui si riteneva necessario l'uso degli arsenicali. In ogni caso si è avuto un netto miglioramento dello stato generale e della sanguificazione, i disturbi subiettivi sono stati lievi e le siero-reazioni si sono costantemente modificate. In base a ciò debbo affermare che anche nella sifilide latente questo speciale trattamento è meritevole di considerazione e di preferenza e deve essere attuato allorchè, in determinate contingenze di intolleranza, si richiede l'uso degli arsenicali e si avrà il successo come nei casi già riportati.

Dirò subito che io pratico da anni questo trattamento nella mia clientela privata e in moltissimi casi mi sono servito con successo di questo metodo semplice italianissimo, in pazienti con sifilide in atto e con sifilide latente. A taluni ho potuto effettuare parecchi cicli di cure di Neosalvarsan, senza che il paziente risentisse alcun lieve disturbo subiettivo. I pazienti stessi richiedevano l'uso delle epatoamine per non soffrire alcun disturbo durante le ore susseguenti alle endovenose di Neosalvarsan, cosicchè questi potevano tranquillamente proseguire l'attività professionale sia intellettuale, che materiale. Infatti il paziente non avverte alcuna sensazione subiettiva sgradevole (abbattimento, malessere, rialzi febbrili ecc.), allorchè il Neosalvarsan viene sciolto in epato-amine. Questa particolare qualità del solvente deve essere tenuta nella dovuta considerazione, poichè trattasi di pazienti che devono sottostare a un tale trattamento per parecchi anni. Il sanitario deve usare questo metodo più che possibile nella terapia arsenicale e ciò ha una grande importanza anche sullo stato psichico del paziente. Spesso ho sentito parlare pazienti che vedevano con terrore avvicinarsi il giorno dell'endovenosa, poichè in tale giorno avrebbero passato una brutta giornata. In queste categorie di pazienti deve essere usato questo metodo apportatore di benessere, sia spirituale che materiale, poichè attenua sofferenze fisiche che spesso sono la causa precipua di stati deliranti. D'altronde come ho già affermato l'efficacia terapeutica del medicamento è perfettamente normale e con ciò intendo dire è uguale a quella esercitata dal Salvarsan disciolto in acqua bidistillata e ciò è confermato, anche in questa categoria di malati, dalla scomparsa di disturbi subiettivi (vertigini, cefalea notturna, dolori reumatoidi, astenia ecc.) e dalla negatività delle reazioni.

EZIOLOGIA E PATOGENESI DELLE INTOLLERANZE

Gli incidenti da arsenobenzolo vengono spiegati mediante due teorie: una anafilattica e una tossica. Questa seconda è accettata da Sa-

vulescu, Rebaudi e Benech, poichè pensano che i solventi eserciterebbero un'azione antitossica in cui il fegato avrebbe un ruolo di primaria importanza. La grande maggioranza di intolleranze devono essere attribuite ad un ipoepatismo, però vi sono dei casi legati ad un fattore anafilattico. Circa l'interpretazione del fenomeno i vari autori danno differenti interpretazioni. Castelli crede che avvenga un processo di condensazione tra amino-acido e arseno-benzoli, cosicchè verrebbe impedita la funzione dell'amino-fecola, che sarebbe la causa di gravi disturbi.

Guggenheim ritiene invece doversi pensare alla possibilità di un particolare processo di metilizzazione agente come svelenante nei riguardi della formaldeide e dell'alcole metilico. Kopaezewskj ne spiega il meccanismo di azione mediante l'inibizione di una flocculazione micellare dei colloidi, con un aumento delle dispersioni colloidali attraverso una diminuzione della tensione superficiale. Non è possibile ancora poter affermare quale di queste teoria sia la vera, in ogni modo ulteriori studi e più numerose esperienze chiariranno in seguito questo oscuro e difficile capitolo.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Lo scopo del presente lavoro è di parlare solo sull'uso delle epato-amine come solvente degli arseno-benzoli in soggetti luetici, che sono intolleranti verso questo medicamento. Rinuncio di proposito a parlare dell'uso di questo solvente per le cure massive a dosi ravvicinate secondo i metodi di Pollitzer, Bernestein ecc. Tali metodi basati più che altro, sia su fattori economici (minor tempo per la cura, minor periodo di degenza ospedaliera ecc.), sia per evitare l'eventuale insorgenza di una neurolue, esulano completamente dal tema propostomi.

Ho voluto applicare il metodo Rebaudi solo in quei pazienti affetti da sifilide in atto — vari periodi — e sifilide latente, in cui è necessario sospendere le cure arseno-benzoliche per l'insorgenza di una grave intolleranza. Specialmente in un luetico con manifestazioni in atto dover rinunciare agli arseno-benzoli all'inizio della malattia, è una privazione molto dolorosa e non scevra di possibili eventuali gravi conseguenze. Bisogna tener presente che il Neosalvarsan, è — checchè se ne dica — il medicamento principe della terapia della sifilide.

È necessario anzitutto fare subito una premessa, non è possibile vincere e superare tutte le intolleranze al 100 per 100, sarebbe chiedere l'impossibile alla scienza terapeutica. Deve tenersi presente inoltre il fatto da tutti conosciuto, che vi sono individui che presentano una speciale idiosincrasia per tutti i sali arsenicali di natura probabilmente istiogena, che non è possibile nè vincere nè influenzare con qualsiasi metodo (Sorge). Con gli arsenobenzoli si possono manifestare irriducibili intolleranze congenite od acquisite e legate a meccanismi a noi ignoti e che non risentono alcun beneficio dalle epato-amine. Vi sono inoltre taluni preparati come il Neo-Iacol, che con le epato-amine formano un composto tossico. La percentuale delle intolleranze che si hanno in seguito alla somministrazione endovenosa di arseno-benzolo oscilla secondo i vari autori tra il 2 e il 10%. Questo dato statistico deve far riflettere come sia necessario conoscere bene questa nuova arma terapeutica per sapersene servire — lege artis — ogni qualvolta ci si trovi in presenza di un arseno-intollerante. Con tale metodo semplice, italianissimo, sarà possibile in una elevata percentuale debellare e vincere l'arseno-intolleranza e ciò ha una notevole importanza, specie nei casi di sifilide recente o in atto. Le epato-amine secondo quanto ha dimostrato Bosco con lavoro sperimentale, riducono la tossicità dell'arsenobenzolo e non ne diminuiscono affatto la efficacia terapeutica. A tali conclusioni sono giunti vari autori che si sono occupati dell'argomento, cosicchè mi sembra superfluo soffermarmi ulteriormente su queste particolari ed importanti qualità terapeutiche delle epato-amine. Alla diminuita tossicità degli arseno-benzoli disciolti in epatoamine da taluni autori, sarebbe stata attribuita, una minore efficacia terapeutica del medicamento inoculato endovena: dirò subito che tale criterio è stato smentito concordemente dalle risultanze dei vari autori che si sono occupati dell'argomento (Maderna, Rebaudi, Ciarrocchi, Corelli, Bertellotti e Biagini, ecc.): quindi mi sembra superfluo soffermarmi ulteriormente. I casi da me studiati sono 22, di cui 10 con manifestazioni sia primarie che secondarie e terziarie ed altre 12 invece con sifilide latente.

La terapia delle forme con manifestazioni in atto, mi ha permesso di controllare regolarmente e scrupolosamente, l'influenza esercitata dagli arsenobenzoli disciolti in epatoamine sulle manifestazioni specifiche. Mediante scrupolosa osservazione ed attento esame ho potuto notare che le manifestazioni scomparivano nello stesso breve tempo, come siamo noi abituati a vedere e cioè non esisteva

divario alcuno con l'efficacia esercitata sulle manifestazioni del Neo-Salvarsan, disciolto in acqua bidistillata. Identità perfetta quindi di efficacia terapeutica confermata d'altronde dal riscontro sierologico effettuato al termine del ciclo di cura. Infatti la reazione Wassermann nei casi da me osservati è risultata sempre modificata in senso negativo o in qualche caso raro leggermente positiva. Dobbiamo inoltre tener presente ed ognuno che ha esperienza di terapia antiluetica lo sa bene, che in taluni soggetti bastano poche iniezioni per rendere negativa una R. W., mentre in taluni ci vogliono uno o più cicli di cure. Non dobbiamo dimenticare che per la cura della sifilide la R. W. non può avere una importanza assoluta, bensì relativa, ma noi dobbiamo attribuire maggiore importanza alle manifestazioni e ai disturbi clinici che si accompagnano ad una infezione luetica e su questi dobbiamo essenzialmente basare le nostre ricerche e i nostri concetti terapeutici. Un'osservazione essenziale che dobbiamo tener presente in ultima analisi è questa qui: gli arsenobenzoli disciolti in epato-amine esercitano la stessa influenza terapeutica di quelli sciolti in acqua bidistillata ed hanno l'enorme vantaggio di essere bene tollerati, cosicchè l'uso di questo semplice metodo deve essere attuato ogni qualvolta si presenti un caso di arseno-intolleranza, previo un esame clinico accurato degli organi interni, onde accertarsi che non vi siano gravi lesioni degli emuntori.

I pazienti affetti da sifilide latente vanno sottoposti ad accurato esame clinico per escludere qualsiasi grave tara, che potrebbe pregiudicare l'esito favorevole della cura, è necessario anche in questi casi una buona funzionalità degli emuntori e da ciò dipende il successo o l'insuccesso del metodo Rebaudi. Ho selezionato vari tipi di intolleranza che sono più frequenti ad osservarsi ed ho escluso di proposito quelle forme gravissime di intolleranza come (eritrodermie, gravi itteri od epatiti) poichè in queste sarebbe imprudente e secondo me dannoso effettuare un esperimento. In tutti questi casi ho dovuto notare che anche in questa speciale categoria di malati — affetti da sifilide antica — è possibile attuare il metodo delle epato-amine senza alcun grave pericolo del paziente sottoposto al trattamento arseno-benzolico. In due casi solamente ho notato insuccesso, cosicchè ho dovuto sospendere la terapia endovenosa. Nel primo caso trattavasi evidentemente di una intolleranza familiare; due suoi fratelli affetti da sifilide avevano dovuto sospendere le endovenose per la comparsa di gravi accidenti. Questo caso potrebbe rientrare nel gruppo delle intolleranze a tipo anafilattico. Nell'altro caso trattavasi di una persona di età avanzata, 61 anni — gastro paziente — si è pure sospeso il trattamento. In queste due osservazioni non si è ritenuto opportuno proseguire il metodo per varie considerazioni, non escluse talune d'ordine sociale. Queste due eccezioni del resto invece di infirmare, confermano l'efficacia e la bontà del metodo.

Tutti i pazienti, in gran parte in cattive condizioni generali, hanno risentito una notevole influenza benefica, sia sulla crisi sanguigna, sia sull'apparato adiposo e muscolare, ed una evidente azione eutrofica e tonica generale confermata dall'aumento dell'appetito e dall'aumento del peso del corpo.

Anche in questi pazienti il riscontro sierologico effettuato dopo il ciclo di cura, ha messo in evidenza una pressochè costante modificazione delle siero-reazioni, e ciò collima completamente colle osservazioni su riportate parlando del primo gruppo.

Non mi sembra superfluo aggiungere ancora una volta come il metodo Rebaudi sfrondato da eccessivi entusiasmi o da irriducibili avversioni, meriti di entrare nel bagaglio terapeutico del medico. Al sanitario incombe la grave responsabilità di fronte ad una intolleranza di ricorrere al metodo Rebaudi, previo un esame clinico accurato del malato, tenendo presente inoltre che le intolleranze, manifestantesi in pazienti con ipoepatismo possono essere vinte e superate colle epato-amine con grande utilità terapeutica e morale per malati di sifilide. Ritengo del resto che debbono escludersi da questa terapia le intolleranze dovute a un fattore anafilattico, poichè in questa speciale categoria le epato-amine esercitano una scarsa efficacia, mentre questa è marcata e sicura in pazienti presentanti ipoepatismo. In un recente lavoro Bertellotti e Biagini mediante la prova di R. B. Fiessinger e Walter hanno messo in evidenza un ipoepatismo secondario al fattore eziologico lue e che scompare in seguito al trattamento salvarsanico. Le sofferenze epatiche inoltre con i salvarsanici disciolti nelle epato-amine sono meno manifeste. Questi autori hanno ritenuto che l'azione antidota delle epato-amine si esplicherebbe probabilmente attraverso il fegato esaltandone la funzione colagoga, antitossica e colagena. Recentemente questi stessi autori hanno studiato le eliminazioni epatiche degli arsenobenzoli disciolti nelle epato-amine, e non hanno riscontrato una

maggiore fissazione iniziale nel sistema reticolo-istiocitario, però l'eliminazione sembra essere più rapida.

Da vari autori è stato provato che le epatoamine in vitro attenuano la tossicità degli arsenobenzoli e ciò è stata confermata inoltre dal controllo clinico. Il sanitario non deve trovare alcuna difficoltà nel ricorrere a tale metodo nei casi di intolleranza, anche perchè l'efficacia terapeutica è costante ed è uguale a quella esercitata dagli arsenobenzoli disciolti in acqua bidistillata. Una unica riserva è necessario tener presente: non è possibile vincere tutte le intolleranze, bisogna selezionare e scegliere da caso a caso ed escludere quei casi a patogenesi anafilattoide in cui l'efficacia è pressochè nulla, a riservare questo metodo alle intolleranze legate ad una disfunzione epatica.

RIASSUNTO

L'autore ha sperimentato come solvente gli estratti epatici (epato-amine) nei casi d'intolleranza consecutivi all'uso degli arsenobenzoli. Ha usato gli estratti epatici in 10 pazienti con sifilide recente e con manifestazioni in atto e in altri dodici con sifilide latente.

In tutti i casi, ad eccezione di 2 del secondo gruppo, ha potuto ultimare le cure con successo.

Con queste esperienze ha messo in evidenza quanto segue:

1) Le epato-amine riducono la tossicità degli arseno-benzoli.

2) Gli arseno-benzoli esercitano un'efficacia terapeutica costante ed uguale a quella esercitata servendosi di altri solventi.

3) Le epato-amine vanno usate di preferenza negli arseno-intolleranti con ipo-epatismo e in gran parte di questi casi con successo.

4) Non è consigliabile l'uso delle epatoamine nelle arseno-intolleranze d'origine anafilattoide.

BIBLIOGRAFIA.

SAVULESCU. Soc. Med. Hôp., Bucarest, n. 12, pag. 120, 1930.

REBAUDI U. Annali dell'Istituto Maragliano, dicembre 1932.

BOLSI e PIOLTI. Acc. Med. di Torino, 1933.

REBAUDI U. Riforma Medica, fasc. XVI, 1933 e n. 11, 1934.

ID. Anales des Maladie Vénériénnes, n. 17, 1934.

MADERNA. Rinnovamento Medico, n. 3 e Rif. Medica, n. 17, 1934.

REBAUDI U. Presse Médicale, pag. 899, anno 1935.

BOSCO. Rinnovamento Medico, n. 5, settembre-ottobre 1935.

COTTINI e NEGRISOLI. Osservatore Medico, n. 7-8, 1935.

BENECH. La Presse Méd.., n. 15, 1935.

CORELLI F. Policlinico, sez. prat., pag. 493, 1936.

CIARROCCHI L. La Riforma Medica n. 38, 1936.

ESPOSITO G. Rinnovamento Medico, n. 1, XV, 1937.

POGGI I. Rinnovamento Medico; Giornale Italiano di Clinica Tropicale, Sez. III, XVI, 1937.

SORGE M. Riforma Medica, n. 48, 1937.

MONTESANO V. junior. Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilografia, pag. 1031, a. 1938.

REBAUDI U., PATRIGNANI F. Il Policlinico, sez. med., n. 12, a. 1938.

BERTELLOTTI e BIAGINI. Il Dermosifilografo, agosto 1939.

ID. ID. Atti della S. I. di Dermatologia e Sifilografia, Sezione Interprovinciale, vol. III, fasc. IX, a. 1940 e vol. III, fasc. III, a. 1940.

SUNTI E RASSEGNE

MISCELLANEA.

Contributo clinico sul trattamento fisico-dietetico-vitaminico dell'endoarterite obliterante giovanile. (M. Buerger).

(ROSARIO GRASSO, *Policlinico*, Sez. Chirurg., n. 2, 1943).

L'A. che già ha scritto sulla terapia conservativa delle malattie obliterative degli arti (*Forze Sanitarie*, n. 18, 1940), ritorna ancora sull'interessante argomento, con « maggiore casistica » e con i « risultati a distanza » descrivendo dettagliatamente il metodo di cura.

Riporta ed illustra alcuni casi di M. di Buer-

1 2 3

C P

C. C.

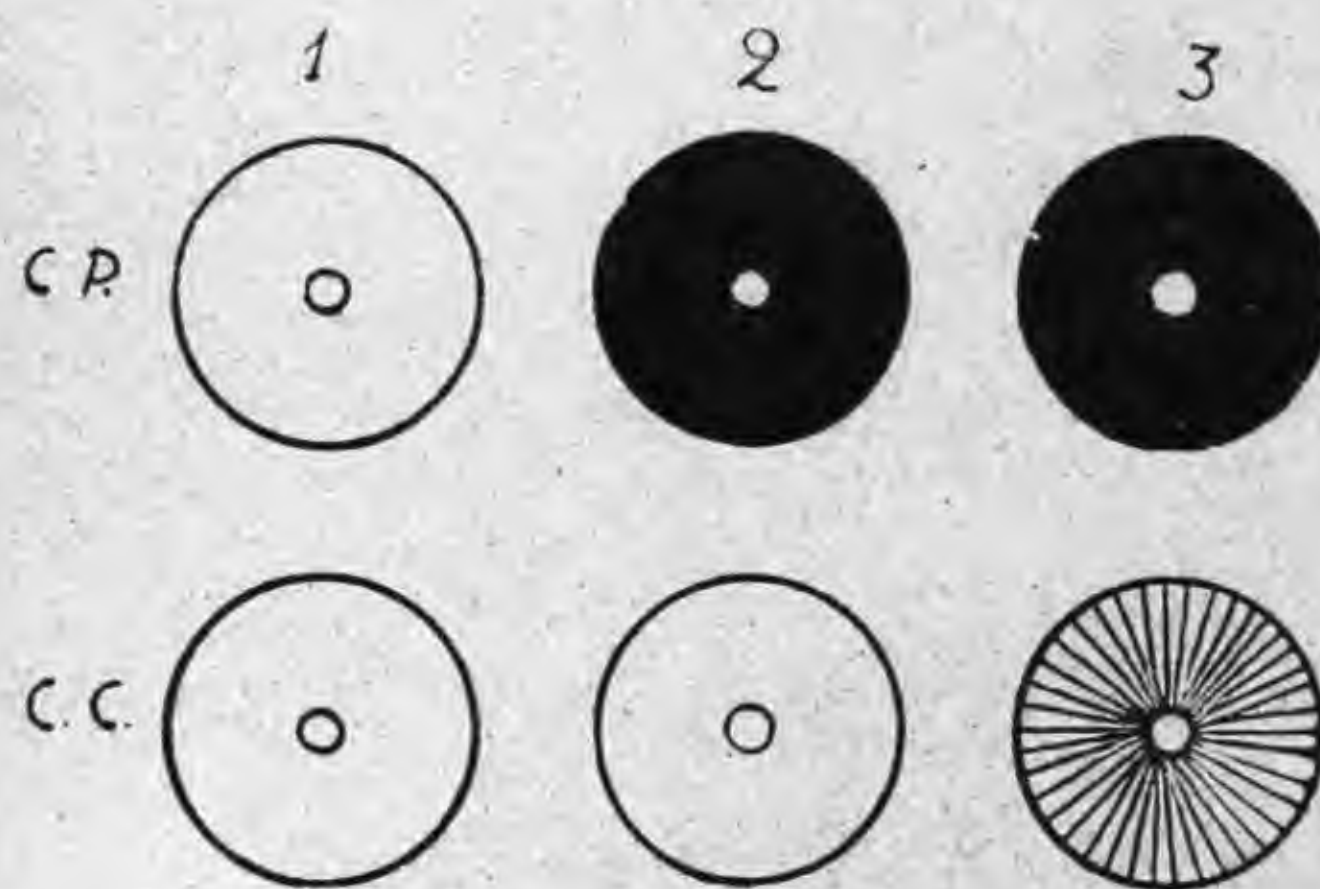



FIG. 14. — (schematica).

1) Nel soggetto normale l'irrorazione dell'arto si compie attraverso il circolo principale e collaterale.

2) Nel Buerger avanzato il circolo principale è quasi del tutto obliterato e la circolazione avviene attraverso il circolo collaterale, risparmiato dal processo trombo-angioitico.

3) Nel Buerger stimoli dolorosi, termici o flogistici protratti, attraverso il vasospasmo, limitano per durata varia il circolo collaterale, causando necrosi periferiche.

ger in periodo cancrenoso in cui il trattamento esclusivamente conservativo, fisico-dietetico-vitaminico, ha condotto alla « rapida cessazione dei dolori », alla « precoce delimitazione delle zone cancrenate con la loro spontanea eliminazione », alla « regolare e completa cicatrizzazione della lieve mutilazione », che in tal modo è stata limitatissima.

Risultati questi brillanti, se si pensa alle gravi mutilazioni imposte dagli interventi demolitivi usati in passato ed ancora oggi da alcuni, in questi pazienti, in periodo cancrenoso.

Non meno interessanti sono i risultati a distanza, anche a più di tre anni, la cui guarigione clinica, con sufficienza funzionale dell'arto, si mantiene stazionaria.

Si ha proprio l'impressione che il male si « arresti » e che la cura agisca oltre che « in loco » pure sullo stato generale.

In qualche caso il trattamento è stato utilmente completato dalla Roentgenterapia lombare.

In quanto alle operazioni sul simpatico, l'A. è ricorso in pochissimi casi alle operazioni centrali (gangliectomia) per la persistenza di qualche disturbo di circolo, e da tali interventi indiretti « purchè tardivi » ha avuto « a volte » dei vantaggi.

Discute poi la patogenesi dei « periodi dolorosi » e « delle complicanze cancrenose » del Buerger, ritenendoli legati « ad accessi vasocostrittivi ». *a. p.*

Contributo alla questione della meningite linfocitaria benigna.

(J. ROUBICEK e J. VIKLICKY. *Wien Klin. Wochenschr.*, 16 ottobre 1942).

Si designa col nome di meningite linfocitaria benigna un quadro morboso che si manifesta per lo più in forma di piccole epidemie, nel tardo estate e in autunno, in varie regioni europee ed americane. Ammalano di solito individui in età tra i 20 e i 30 anni. La malattia si inizia spesso con angina, congiuntivite, fotofobia; non di rado si hanno anche disturbi gastro-intestinali. Inoltre forte cefalea, vomito, e sintomi meningei con febbre più o meno alta. Frequenti sono i dolori muscolari agli arti e al dorso, e lesioni transitorie dei nervi cranici; talora neurite dei nervi spinali o polinevrite. Il decorso è assai spesso difasico: dopo alcuni giorni di febbre si ha un intervallo di circa una settimana, quindi nuovo rialzo termico. La stato soggettivo dei pazienti è poco alterato. La puntura lombare dà esito a liquor a pressione aumentata (20-40 mm. H_2O): esso è spesso limpido, talora opalescente o un poco torbido, dopo alcune ore si può formare un reticolo. Le cellule sono aumentate (da poche fino a 1000 per cmc.) e composte da polinucleati e da linfociti; nelle punture successive predominano sempre più i linfociti. Fin dalla prima puntura si nota un aumento dell'albumina, che è 4-5 volte il normale; l'indice globulinico è basso. Le sensibili reazioni colloidali dimostrano spesso un carattere meningitico. Le reazioni per la lues sono negative, il liquor è istologicamente e batteriologicamente sterile. Lo zucchero del liquor è normale oppure aumentato, i cloruri sono normali. La malattia dura giorni o settimane, se vi sono complicazioni nevritiche, anche mesi; talvolta si osservano recidive. Di regola la malattia finisce con la completa guarigione.

Rientrano in tale malattia quelle prima denominate « meningite asettica » e « meningismo epidemico »; la essenza della malattia non è del tutto chiarita. Poichè però si conoscono già varie cause della meningite linfocitaria benigna si deve concludere che si tratta di una sindrome a varia etiologia: molte delle cause non si sono ancora probabilmente identificate, vi si potrà riuscire in seguito. Quadri clinicamente simili accompagnano alcune malattie infettive p. es. la parotite e la malattia di Weil; si può anche parlare di una meningite linfocitaria luetica. Criteri clinici ed epidemiologici permettono di distinguere la meningite linfocitaria benigna dalla encefalite epidemica e dalla poliomielite, con cui prima veniva dalla maggior parte degli AA. identificata.

Una ben caratterizzata malattia che dà la sindrome perfetta della meningite linfocitaria bengina, è la malattia dei giovani guardiani di maiali. La malattia è data da un virus che si è riusciti a trasmettere a sani con inoculazione sottocute. Nella prima e seconda settimana si trova il virus nel sangue degli individui inoculati, nel liquor lo si trova poco prima che compaia la pleocitosi: il liquor resta virulento solo pochi giorni. Dopo incubazione di 2-3 giorni si manifesta una malattia febbrile bifasica, con intervallo di pochi giorni fino a una settimana: lievi sintomi « grippali », bronchite, albuminuria.

Nel sangue leucopenia e monocitosi. I sintomi meningei si sviluppano progressivamente e sono in pieno sviluppo solo nella terza settimana. In tale stadio il liquor presenta aumento di albumina e pleocitosi fino ad 800 elementi per cmc.; le reazioni colloidali sono positive. Decorso sempre benigno. In altri casi la meningite linfocitaria benigna è data dalla leptospira grippo-tifosa, come gli AA. hanno potuto constatare in base a prove serologiche (4 casi semplici di meningite linfocitaria, 6 casi con complicazioni nevritiche); ma nella maggior parte dei casi osservati nel corso di 2 epidemie, non è stato possibile identificare la causa della malattia. Dalla poliomielite la meningite linfocitaria si distingue, oltre che per l'età dei colpiti (prevalentemente bambini nella prima, età media di 30 anni nella seconda) in base ai caratteri del liquor. Nei primi stadi della poliomielite il liquor non

presenta mai carattere infiammatorio; esso è sempre limpido, non dà mai reticolo, un aumento degli elementi cellulari precede l'aumento dell'albumina. L'abumina arriva a 1,4-1,9 divisioni, solo in stadi più avanzati può arrivare fino a 3. Nella meningite linfocitaria invece il liquor presenta fin dall'inizio alterazioni flogistiche: l'albumina è aumentata fino a 4-5 divisioni, gli elementi cellulari sono aumentati, soprattutto i linfociti, è frequente la formazione di reticolo. La reazione al collargolo mostra carattere meningitico. È facile la distinzione dalle meningiti purulente e da quella tubercolare, perchè in queste l'albumina è molto più aumentata, fino a 7-15 divisioni; gli elementi cellulari sono più numerosi e la reazione al collargolo presenta carattere molto differente. Importante è il dosaggio del glucosio, sempre diminuito nelle meningiti purulente e tubercolare, normale o aumentato nella meningite linfocitaria benigna. Nelle reazioni meningee a processi suppurativi acuti, l'albumina del liquor è poco aumentata e non supera le 2 divisioni e l'indice globulinico è più alto, arrivando fino ad 1. P.

Diagnosi e cura della causalgia.

(T. RIECHERT. *Medizinische Klinik*, 30 ottobre 1942).

Tra le sindromi dolorose consecutive ai traumi occupa un posto importante la causalgia, la cui patogenesi, diagnosi e cura presenta interessanti problemi ed ha dato luogo a molte discussioni.

La guerra ha moltiplicato i casi di questa affezione, che mentre al principio si presentavano piuttosto rari con l'estendersi del conflitto ed il perfezionamento dei criteri diagnostici si sono rilevati sempre più numerosi. Le statistiche darebbero ora una frequenza di causalgia dell'uno al due per cento di tutte le lesioni nervose.

A differenza dei dolori delle neuriti e delle neuralgie i dolori causalgici hanno un'origine esclusivamente traumatica e recenti osservazioni hanno dimostrato che non è sempre necessaria una lesione dei nervi, bastando a produrre la causalgia anche una semplice contusione.

Il sintoma caratteristico è costituito da un dolore speciale urente, una particolare sensazione di fuoco nel segmento del corpo colpito, donde il nome dell'affezione (kausis = bruciare). La localizzazione del dolore corrisponde per lo più, ma non sempre, al territorio di diffusione del nervo che ha risentita l'azione traumatica. È interessante il fatto che questa delimitazione si ha anche se il nervo in quistione è stato sicuramente non leso.

Con l'andar del tempo la zona dolorosa si allarga fino ad invadere il territorio di distribuzione dei nervi sensitivi vicini.

Le ferite dei singoli nervi costituiscono una predisposizione alla comparsa della neuralgia, che pertanto è più frequente negli arti superiori e inferiori in seguito a lesioni dell'ulnare, del mediano e dello sciatico e anche, quantunque molto di rado, anche di altri nervi (radiale).

Molto spesso la sindrome si manifesta in seguito alla sezione del nervo, ma può aversi anche in seguito a lesioni incomplete. In ogni caso non è indispensabile che si abbia una lesione di continuo della pelle.

Il dolore può comparire immediatamente dopo il trauma, ma in genere la sindrome si sviluppa in pieno solo dopo qualche settimana.

La sensazione di bruciore aumenta con l'abbassamento della estremità o in seguito a qualsiasi eccitazione della zona iperstesica.

I contatti con oggetti secchi diventano molestissimi (xerosalgesia), mentre gli stimoli tattili sulla cute umida o ingrassata raramente produce esacerbazioni dolorose. Per tal fatto l'infermo procura di evitare che la parte dolente venga a contatto con oggetti, anche con le coperte e con gli abiti.

Ben presto si aggiungono sintomi di spiccato carattere psicogeno. I dolori sono ridestati da stimoli sensoriali come la luce viva, i colori vivaci, i rumori d'ogni genere, nonchè da avvenimenti che turbano il tono emotivo-sentimentale (simpsicalgia).

L'esame obiettivo mette in evidenza che la cute della parte dolente è arrossata, tesa, diafana. La secrezione del sudore è alterata e può aversi anche con il freddo. L'arrossamento della cute volge all'azzurro marezzato con le temperature basse. L'atrofia, oltre la cute, colpisce le parti molli comprese i muscoli, mentre le ossa presentano segni di decalcificazione.

Tra le sindromi dolorose consecutive a ferite d'arma da fuoco si trovano sempre casi con sintomi di causalgia ed in ispecie con dolore urente ed altri nei quali i sintomi stessi mancano. In una parte di questi malati dopo qualche settimana si sviluppa al completo il complesso sintomatico della causalgia mentre in altri i disturbi regrediscono e scompaiono del tutto. Ciò si può spiegare ammettendo un rapido processo di rigenerazione del nervo teso oppure un processo irritativo transitorio del nervo stesso.

Per spiegare il meccanismo di produzione della causalgia sono state avanzate varie ipotesi.

Al riguardo occorre precisare che la causalgia si distingue nettamente dalle comuni neuralgie e dalle neuriti, oltre che per l'origine traumatica, per le particolarità del dolore, che viene destato o esacerbato anche da stimoli sensoriali e psichici, per lo sconfinamento dell'iperestesia oltre il territorio di distribuzione del nervo compromesso ed infine per le misure precauzionali adottate dai pazienti per evitare il dolore.

D'altra parte bisogna tener conto dei sinto-

mi obiettivi ed in particolar modo dei disturbi circolatori locali e le conseguenti alterazioni della sudorazione e del trofismo della cute e delle unghie.

Tutto ciò fa pensare che la causalgia rientri nel gran quadro delle affezioni simpatiche di origine traumatica.

La forte vasodilatazione depone per una paralisi dei vasocostrittori, il che sarebbe in contraddizione con il miglioramento provocato della simpatectomia che determina la soppressione della vasocostrizione.

Fuchs, che ha descritto numerosi casi di causalgia, ritiene sia in giuoco una speciale via centripeta del simpatico. Egli si riferisce al riguardo all'opinione di Foerster che ammette per la sensibilità dolorifica particolari fibre dirette distribuite nei vasi, ma che avrebbero uno sviluppo differente nei vari individui e solo in alcuni casi avrebbero la capacità di trasmettere direttamente stimoli dolorosi al cervello. Ciò spiegherebbe perchè a parità di lesioni traumatiche la causalgia si verifica solo in alcuni casi.

Secondo altri invece per la lesione e l'eccitazione di un nervo sensitivo si avrebbe la produzione esagerata della sostanza H, che ha azione analoga a quella dell'acetilcolina, donde la dilatazione delle piccole arterie e dei capillari accompagnata dal particolare dolore.

La terapia delle causalgie deve tendere non solo a calmare le sofferenze del paziente, ma anche ad evitare le alterazioni trofiche locali che possono condurre all'atrofia muscolare, a contratture e lesioni articolari.

Il trattamento conservativo va tentato nei casi leggeri che in genere tendono alla guarigione. Tanto nei casi leggeri che in quelli gravi si può ricorrere agli analgesici evitando però sempre la morfina per i pericoli che essa comporta.

Devono essere evitati all'infermo tutte le specie di eccitamento fisico e psichico, ricorrendo eventualmente anche all'isolamento. I bagni locali danno talvolta buono effetto anche se praticati solo sull'estremità sana corrispondente.

Quando dal trattamento conservativo non si trae alcun vantaggio bisogna ricorrere all'intervento chirurgico che si pratica sul simpatico o sul nervo compromesso.

Tra gli interventi sul simpatico va innanzi tutto accennato alla simpatectomia periarteriosa e alla resezione dei rami comunicanti ed escissione dei gangli simpatici (ramo comunicante e ganglio I lombare, II sacrale, rispettivamente ganglio stellato e ganglio I-II toracico). Si può anche praticare l'lcoolizzazione di tali parti.

Buoni risultati ha dato anche la sezione del nervo nel tratto prossimale al punto della lesione. Ma è ovvio che una tale operazione non potrebbe essere indicata per un grosso nervo misto per le paralisi motorie che ne derivano. Per ovviare questo inconveniente in qualche caso grave di causalgia si è praticata la sezione e la successiva sutura del tronco nervoso: i risultati curativi sul dolore sono stati buoni e nello stesso tempo si è assicurato il ritorno della funzione motoria.

Tutto sommato il trattamento chirurgico della causalgia a seconda dei casi è il seguente: *a*) quando persiste la suppurazione della ferita, escissione o alcolizzazione dei rami comunicanti o dei gangli simpatici; ed in caso d'insuccesso, dopo la cessazione della suppurazione e successiva suturazione del nervo, ed in casi eccezionali cordotomia; *b*) nelle lesioni asettiche, sezione e successiva sutura del nervo, o in certi casi simpatectomia periarteriosa ed in caso d'insuccesso escissione o alcolizzazione dei rami comunicanti o dei gangli.

DR.

Giudizio sulla comparsa dell'ittero e della morte nella febbre del fango (febbre delle trincee).

(W. SCHÜFFNER. *Klinische Wochenscrift*, 5 settembre 1942).

La febbre del fango è una malattia molto simile al morbo di Weil, da cui talvolta è molto difficile distinguerla. Clinicamente i migliori caratteri differenziali, secondo Schüffner, sono dati dall'ittero e dalla mortalità: tuttavia è stato dimostrato che in casi rari anche nella febbre del fango si può avere ittero. Invece finora non si può dire accertato con sicurezza che la febbre del fango possa di per sè sola provocare la morte.

Nella stessa rivista J. Rathe, che aveva preso visione dell'articolo di Scüffner prima della pubblicazione, afferma invece che l'ittero ha un valore relativo per la diagnosi differenziale fra febbre del fango e morbo di Weil, giacchè in questo esso può mancare nel 50 % dei casi, mentre d'altra parte può comparire nella febbre del fango. In questa malattia infatti è dimostrabile anatomo patologicamente una lesione del fegato, confermata clinicamente dalla positività della Takata-Ara e dalla urobilinuria; la lesione epatica può essere più o meno grave ed arrivare a determinare il « segno ottico » della sofferenza epatica: l'ittero. Inoltre Rathe afferma che, per quanto ordinariamente la febbre del fango abbia una prognosi favorevole *quoad vitam*, tuttavia essa, in casi rari può provocare la morte. Quindi una sicura differenziazione fra febbre del fango e morbo di Weil è possibile solo con l'esame microbiologico e sierologico.

F. T.

Il medico più bravo è quello che sbaglia meno.

GUIDO BACCELLI.

DIVAGAZIONI

L'origine della vita e le virus-proteine

L'origine della vita, ossia la comparsa degli esseri viventi sul globo terrestre, è uno dei problemi più intricati e misteriosi. A parte il dogma della creazione sono state avanzate parecchie ipotesi, tutte poco soddisfacenti.

Secondo la panspermia la vita sarebbe diffusa in tutto l'universo ed i germi degli esseri viventi, detti cosmozoari, sarebbero arrivati sulla terra e arriverebbero tuttora da altri pianeti.

Si è pensato anche che l'elemento primordiale della vita sia il radicale cianogeno o l'aldeide formica, la cui sintesi si sarebbe prodotta sulla superficie della terra quando le condizioni di questa erano ben diverse dalle attuali, o che si produrrebbe ancora nella profondità degli oceani.

Tutte queste ipotesi, per quanto ardite e seducenti, hanno il difetto di non essere suffragate da fatti.

Comunque le distanze fra sostanze vive e sostanze minerali, tra materia animata e materia inanimata si sono andate progressivamente ravvicinando. La « forza vitale » che si credeva il fattore necessario o l'essenza di ogni fattore biologico ha perduto ogni consistenza.

Già la sintesi dell'urea ottenuta nel 1828 da Wöhler aveva dato un colpo all'idea della forza vitale. Ma si dovette riconoscere che l'apporto di Wöhler non contribuiva gran che alla risoluzione del problema, in quanto l'urea non è una sostanza vivente ma il prodotto di processi biologici, come lo è l'anidride carbonica.

Più probativi sono gli studi per i fermenti che determinano e controllano le manifestazioni biologiche e che sotto certi riguardi possono considerarsi sostanze semi viventi. E quel che è più notevole è che alcuni metalli allo stato colloidale si comportano come fermenti. Il platino colloidale agisce come ossidante, inverte lo zucchero di canna, trasforma l'alcole in acido acetico, decompone l'acqua ossigenata. È come la materia vivente è sensibile alle influenze tossiche: la sua azione è paralizzata dall'ossido di carbonio e dall'acido cianidrico.

Ma, osserva H. Roger (*Presse Médicale*, 23-26 luglio 1941) il fatto che ha maggiore importanza per la quistione della generazione spontanea e quindi nell'origine della vita è costituito dall'esistenza recentemente rilevata, di esseri completamente differenti da quelli osservati finora, che si sviluppano e si riproducono, e che non hanno l'aspetto di una cellula ma la forma di una massa sferica o di cristalli.

L'analogia tra gli esseri viventi e i cristalli è stata intravista da tempo e va sempre più confermandosi.

Ma la storia della vita dei cristalli ha preso un'importanza imprevista in seguito alle ricerche su gli ultravirus.

È noto che un numero considerevole di malattie infettive degli uomini, degli animali, delle piante e anche dei batteri sono dovute ad agenti patogeni di dimensioni piccolissime e che attraversano i filtri di porcellana (virus filtrabili, ultravirus, inframicrobi).

Nel 1892 Ivanovsky trovò che la malattia del tabacco, il mosaico, è causata da un virus filtrabile. Nel 1898 Beyerinck attribuì la stessa malattia ad un agente vivente fluido, il *contagium fluidum vivum*. Bauer in seguito a ricerche su una malattia delle malvacee sostenne l'esistenza di un prodotto patogeno, analogo alle diastasi, secreto dalle stesse cellule: una specie di autointossicazione trasmissibile, dovuta a un *contagium inanimatum*. Generalizzando questo concetto Sanfelice nel 1913 opinò che il molluscum contagiosum e la rabbia fossero dovute a tossine prodotte dalle stesse cellule.

Qualche anno più tardi, nel 1917, d'Herelle descrisse il batteriofago, già intravisto da Twort nel 1915. Secondo Bordet la batteriofagia sarebbe dovuta a un fermento prodotto dallo stesso batterio: si tratterebbe di un'autolisi microbica trasmissibile. Ulteriori ricerche dimostrarono le analogie pofonde tra batteriofagi e ultravirus, che furono considerati come tossine cellulari che si comportano come esseri viventi.

Ulteriori indagini dimostrarono che gli elementi litici non sono prodotti solubili, uniformemente ripartiti nei liquidi solventi ma elementi corpuscolari visibili al microscopio e di cui si può calcolare il volume a seguito di centrifugazione e di ultrafiltrazione.

I virus più voluminosi sono quelli del vaccino (da 100 a 175 mμ) e dell'herpes (da 100 a 150). I diversi batteriofagi hanno dimensioni variabili da 8 a 75, il virus della poliomielite e dall'afta epizoitica misurano 8-12 mμ. Questi ultimi hanno quindi dimenzioni vicine a quelle delle molecole proteiche: emocianina 24, pseudoglobulina 6, sieroalbumina 5, 4, ovoalbumina 4, 3.

Questi fatti conducono ad ammettere che insieme ad esseri unicellulari, vi sono esseri unimolecolari.

È stata finora dimostrata la natura proteica dei virus delle malattie del tabacco, delle patate, dei cocomeri, dei pomodori nonchè dei virus del papilloma infettivo dei conigli, dell'encefalomielite equina e del vaccino, ed infine dei virus dei batteri o batteriofagi.

Queste virus-proteine hanno un peso molecolare, variante da 8 a 18 $\times 10^6$, e anche più, come 25 $\times 10^6$ per il papilloma infettivo del coniglio, e 300 $\times 10^6$ per il batteriofago dello stafilococco.

Studiando il virus del mosaico del tabacco, che resiste molto bene ai reattivi chimici, Stanley trovò, nel 1935, che questo agente patogeno può essere ottenuto allo stato di cristallo. Questi cristalli sono costituiti da fibre aghiformi lunghi 40 μ e con diametro di μ 0,4. Si tratta in fondo di paracristalli perchè mancano della disposizione nella terza dimensione caratteristica della forma cristallina. È quindi uno stato di semicristallizzazione.

Bawden e Pirie nel 1938 hanno ottenuto il virus di una malattia dei pomodori sotto forma di dodecaedri rombici, veri cristalli del sistema cubico.

Questi virus cristallini possono sciogliersi in solventi e dopo la ricristallizzazione riprendono tutte le loro proprietà. Il virus del mosaico del tabacco è solubile in acetone e si è riusciti a ricristallizzarlo per quindici volte senza che perdesse la sua vitalità.

Le virus-proteine non cristallizzabili hanno una composizione più complessa e vicina a quella dei batteri. Parker e Rivers hanno trovato che i corpuscoli del vaccino dopo disseccamento contengono proteine, lipidi, ceneri, acqua e sostanze indeterminabili.

Le virus-proteine, compresi i virus-cristalli, sono sensibili, come gli esseri viventi, alle variazioni del pH, all'azione dei raggi X e ultravioletti, all'azione degli ossidanti e dei riduttori, nonchè dei disinfettanti.

Tra i cristalli comuni e i virus-cristalli esiste qualche differenza sul loro modo di svilupparsi. I primi si sviluppano nell'acqua madre ossia in un mezzo di cultura che tiene in dissoluzione lo sostanze stesse che devono formarli: si ha insomma un deposito o una fissazione di materie omogenee. I cristalli viventi invece si sviluppano in tessuti con struttura differente: si ha, sembra, un'assimilazione che li avvicina agli esseri cellulari. Ma in realtà tra i due modi di nutrizione vi è una differenza profonda: gli esseri unicellulari più semplici, protopiti o protozoari, assorbono le sostanze eterogenee e le trasformano, mentre i cristalli viventi sono sprovvisti degli elementi necessari per questa trasformazione, acqua di costituzione e fermenti. È l'ospite parassitato che prepara loro l'alimento adatto; è esso che elabora le nuove proteine, identiche a quelle del parassita; è esso stesso che fissandoli agisce come il cristallo ordinario nella sua acqua madre. La sola differenza è questa trasformazione del mezzo invaso, e perciò la nucleo-proteina parassita si comporta come una specie di fermento, esercita un potere catalitico.

Perchè il parassita possa vivere e svilupparsi è necessario che l'ospite elabori la nucleo-proteina necessaria e quindi reagisca all'invasore. La reazione è locale perchè si produce su frammenti d'organi e di tessuti a condizione che siano viventi e capaci di modificare il loro metabolismo proteico. Le sostanze non viventi non possono reagire e perciò sono falliti tutti i tentativi di coltivare le virus-proteine su mezzi inerti o sterilizzati.

Si sarebbe potuto credere che gli ultra-virus siano gli elementi viventi più semplici e quindi primordiali. Era quindi sperabile spiegare in tal modo l'origine della vita. Ma il fatto che essi sono dei parassiti obligati, ossia che la loro vita non è possibile senza l'esistenza di altri esseri viventi, toglierebbe loro ogni valore come elemento decisivo di tale problema.

Ma a questa obiezione è stato risposto ammettendo che gli ultra-virus abbiano avuto, e possano avere tuttora una vita autonoma e siano successivamente diventati parassiti. Al riguardo è stato ricordato che vi sono altri parassiti che si comporterebbero in tal modo. Il treponema della sifilide non s'incontra fuori degli esseri che è capace d'infettare. Poichè non si può ammettere la sua origine spontanea, si deve supporre che abbia avuta un'esistenza libera e che poi si sia a poco a poco adattato alla vita parassitaria trasformandosi in modo da rendere irroconoscibile il ceppo originario.

Analogamente si possono considerare le virus-proteine come forme degradate di esseri aventi esistenza autonoma.

Si potrebbe anche supporre che le virus-proteine si generino nello stesso organismo ospitante a seguito di un disturbo funzionale dei tessuti. La loro comparsa sarebbe paragonabile a quella delle cellule concerigne dovute, a quanto si crede generalmente, ad una deviazione metabolica delle cellule normali sotto l'influenza di agenti indeterminati. Nel caso degli ultra-virus gli agenti esterni sarebbero capaci di produrre non cellule trasformate ma prodotti pur essi anormali, capaci di vivere e svilupparsi.

Sia esogena o endogena la loro origine è certo che le virus-proteine non si producono per generazione spontanea. Ma il loro studio induce ad affrontare il problema dell'origine della materia vivente sotto un nuovo aspetto.

Finora la materia vivente non poteva essere considerata all'infuori della forma cellulare. La morfologia dominava il problema. Ora, sembra, che la quistione possa essere soluta per via chimica. In fondo si tratta di ottenere composti che abbiano una costituzione chimica determinata.

Il problema si è semplificato perchè le nostre conoscenze si sono spinte oltre l'unità che una volta si riteneva indivisibile per la vita, la celulla. Ora si sa che accanto o oltre alla materia vivente cellulare, c'è la materia vivente uni- o paucimolecolare, c'è la materia vivente cristallina.

DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

PHILIPP KELLER. *Die Behandlung der Haut-un Geschlechtkrankheiten in der Sprechstunde.* Berlin, Springer ed., 1942, pp. 422, con indice alfabetico.

La terapia delle malattie cutanee ha subìto in questi ultimi decenni un notevole rivolgimento, qual'era da attendersi dai più moderni concetti a cui è ora informato lo studio della loro etiologia e della loro patogenesi (dermatosi di origine endocrina, focali, allergiche, disvitaminosi, reticolo-endoteliosi ecc.) e dal più vasto impiego delle cure fisiche. Queste hanno in parte sostituito i vecchi metodi, contenuti nel ristretto ambito delle applicazioni umide, dei caustici chimici, polverizzazioni, creme, unguenti, paste ecc. con tutti i loro inconvenienti nella pratica corrente (*) specie quando gl'infermi non possono essere accolti in appositi luoghi di cura sotto la guida di specialisti e con l'assistenza di infermieri particolarmente addestrati.

Va da sè che nella terapia puramente locale delle manifestazioni cutanee non si possa prescindere dalla costituzione anatomica delle lesioni che cadono sotto i nostri occhi, la quale poi si riflette più o meno nella parvenza clinica delle lesioni stesse. Valga per tutte l'esempio dell'eczema, pel quale nelle sue prime fasi: eritema, vescicole ecc. conviene un trattamento del tutto diverso da quello delle forme più antiche, con carattere quammoso, infiltrativo, lichenoide ecc.

Queste elementari nozioni che ogni dermatologo provetto ben conosce, incontrano fra i medici pratici non poche difficoltà, aggravate dal largo uso di specialità medicamentosa, le quali, anche se ben preparate in sè, non possono indistintamente servire per tutti gli stadii e per tutte le varietà delle dermatosi indicate spesso in termini vaghi e non sempre appropriati sulle loro etichette, e qualche volta sono di danno più che di beneficio.

Merita perciò buona accoglienza un manuale come quello del Keller, venuto da poco alla luce, in corretta ed elegante edizione della Casa ed. Springer di Berlino, aggiornato in ogni sua parte, e specialmente dedicato alla pratica corrente.

L'opera è così ripartita:

A) *Cura sintomatica delle dermatosi* (acute, infiammatorie, essudative, pruriginose, ulcerose, desquamative, cheratoplastiche ecc.);

B) *Cura delle dermatosi a seconda delle loro localizzazioni* (volto, orecchie, dorso, tronco, basso ventre, arti, universali ecc.);

C) *Metodi di cura* (esterni, interni, cure fisiche);

D) *Cura delle singole dermatosi;*

E) *Cura delle malattie intersessuali* (ivi comprese la linfogranulomatosi inguinale ed i condilomi accuminati).

Questa ripartizione, improntata a criteri essenzialmente clinici (sintomatologia, localizzazioni ecc.) è quello che sembra meglio rispondere ai fini della pratica e permette a chi legge di orientarsi nel vasto e complicato campo delle malattie cutanee, in cui le cure locali, specie dal punto di vista sintomatico, hanno, ancora oggi, quasi sempre importanza non minore di quelle generali.

L'ordine e la chiarezza dell'esposizione, la sobrietà in tutto quello che ha del teorico e del dottrinale; la giusta parte data ai vecchi metodi di cura, consacrati bene o male dall'esperienza, fanno di questa pubblicazione una buona guida di terapia dermatologica per i medici pratici e come tale merita di essere loro segnalata.

Prof. VINCENZO MONTESANO.

(*) L'A. nel titolo adopera la parola « Sprechstunde » la quale in italiano dovrebbe tradursi, letteralmente, « ora del colloquio, della consultazione » ecc. Ho preferito usare l'espressione « pratica corrente, quotidiana » ecc., che è quella poi che emerge dal testo.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Contributo allo studio del diabete renale.

Dopo alcune considerazioni sulla etiopatogenesi del diabete renale, E. Gallina e F. Cattaneo (*La Clinica Medica Italiana*, dicembre 1942), ne descrivono un caso nella persona di un giovane di 26 anni che essi seguirono per un periodo di tempo di circa 4 anni. Durante tale periodo la sindrome di diabete normoglicemico ha conservato inalterati tutti i suoi elementi diagnostici essenziali.

Il caso è stato assai ben studiato e tutte le prove dirette a chiarire l'orientamento funzionale neuro-vegetativo del soggetto (prova di Radoslaw, della pilocarpina, della atropina, della ergotamina, della tiroxina, della ipofisina) furono effettuate.

Il paziente fu sottoposto successivamente ad opoterapia cortico-surrenale, ante e post-ipofisario; nessun risultato degno di nota fu però raggiunto, chè la glicosuria non fu mai favorevolmente influenzata. C. IANDOLO

Sulla utilità delle dosi massive di vitamina D nel trattamento del rachitismo infantile.

Dopo le ricerche di Harnapp, G. Mouriquand, G. Wenger, M. Dauvergne, V. Edel e D. Dechavanne (*Presse Médicale*, 12 dicembre 1942), hanno utilizzato nella cura del rachitismo della prima infanzia, le doti massive di vitamina D (15.000 γ ossia 600.000 U. I.) ottenendo risultati terapeutici eccellenti.

Tali risultati si spiegano con l'ipotesi che la vitamina D, somministrata massivamente, venga accumulata in certi organi (fegato) e ceduta poi gradatamente all'organismo.

Sulla base di tale ipotesi, gli autori si sono chiesti se, somministrando in una sola volta dosi di vitamina D notevolmente minori di quelle massive, si potessero ottenere risultati terapeutici apprezzabili.

A tal uopo vennero somministrate in una sola volta a diversi bambini rachitici dosi uniche di 600, di 400 e di 200 γ rispettivamente, dosi enormemente inferiori a quelle massive.

I risultati furono interessanti: tutti i bambini trattati (dei quali vengono riportate le storie cliniche) mostrarono un netto miglioramento della deambulazione; l'esame radiografico dello scheletro dimostrò inoltre un miglioramento della calcificazione ossea pressochè uguale a quello che si ottiene con le dosi massive.

Gli autori, sulla base di queste esperienze, concludono che, salvo che nei casi di sicura vitamino-resistenza, non è necessario fare uso della dose massiva, poichè una dose unica, anche 20-30 volte minore, può dare gli stessi effetti terapeutici. C. IANDOLO.

Terapia del diabete insipido con il metodo di Cignolini.

Il metodo di Cignolini per la cura del diabete insipido consiste nella roentgenterapia dello scheletro. Esso ha dato al suo ideatore risultati brillantissimi; ma è ancora poco noto.

Cignolini aveva osservato in un caso di morbo di Hand-Christian-Schuller curato coi raggi X non solo la guarigione delle alterazioni craniche, ma anche la diminuzione progressiva della poliura-polidipsia. Per accertare se l'azione delle irradiazioni dipendesse non da azione a distanza sull'ipofisi, ma da azione diretta sullo scheletro che potrebbe influenzare la diuresi, il Cignolini ha fatto delle applicazioni di raggi X in casi di diabete insipido puro sulle epifisi ossee. Nei primi due casi trattati ebbe notevole efficacia, perchè in uno la poliuria scese da 8 a 4 litri al giorno e nell'altro da 15 a 8. In casi successivi lo stesso Cignolini ebbe altri successi: in un caso la diuresi da 8-9 litri scese a 2 e si manteneva ancora a questa cifra dopo due anni.

F. Neumaier (*Minerva med.*, 1 dic. 1942) ha applicato il metodo di Cignolini in due casi di diabete insipido. In un caso la diuresi scese da 12 litri a 2 1/2 al giorno e nel secondo solo da 9 a 7-7 1/2. Quest'ultimo risultato parziale non infirma il valore del metodo, perchè lo stesso Cignolini aveva avuto dei casi con successo parziale. Comunque, la percentuale di efficacia è tale da porre il metodo fra i migliori. L.

SEMEIOTICA

Per differenziare l'ittero catarrale dell'epatite epidemica.

I caratteri fondamentali per differenziare la epatite epidemica che compare spesso in vasti focolai in tempo di guerra, e che è stata oggetto di studio da 200 anni in qua e che è attribuita ad un ultravirus (tale malattia non ha nulla a che fare con la spirochetosi itteroemorragica, nè con l'epatite da paratifo, dissenterica ecc.), dal comune ittero catarrale sporadico, sarebbero, secondo Mancke e Siede (*Münch. med. Wschr.*, 89, pagg. 923 e 947, 1942), i seguenti:

1) nell'e. e. quasi sempre leucocitosi (contraddetto da altri AA.) con iniziale neutrofilia e deviazione a sin. dello schema neutrofilo. Nell'i. c. nulla di questo genere;

2) nell'e. e. vel. di sed. molto aumentata; nell'i. c. a parte la forma colangiolitica) la v. di s. è normale o rallentata;

3) nell'e. e. vi è spesso qualche segno di sofferenza renale (albumine, emazie, cilindri) che manca nell'ittero cat.;

4) la reaz. di Takata è spesso positiva l'e. e. e spesso ritorna negativa dopo la scomparsa dell'ittero;

5) l'e. e. compare in un periodo che va dall'inizio dell'autunno, fino ai primi mesi invernali, mentre l'i. c. non ha preferenze stagionali;

6) dal punto di vista etiologico, l'i. c. sarebbe dovuto a sostanze tossiche alimentari o endogene di origine enterale, mentre l'e. e sarebbe dovuta a un quid filtrabile, coltivabile e trasmissibile nell'uovo di pollo con passaggi successivi, secondo le prove di Siede e Luz.

M. COPPO.

ANATOMIA PATOLOGICA

Il sustrato anatomopatologico della rettocolite emorragica.

Coll'endoscopia si è potuto stabilire che le lesioni fondamentali della rettocolite emorragica sono macroscopicamente caratterizzate da congestione intensa della mucosa con aspetto porporico e da suffusioni emorragiche spontanee o provocate anche per toccamento leggero. La purulenza, le ulcerazioni, le infiltrazioni parietali profonde, le neoformazioni polipoidi sono solo lesioni secondarie sopraggiunte in secondo tempo.

J. Rachet, J. Delarne e A. Busson (*Presse Médic.*, 24 ottobre 1942) hanno voluto compiere anche uno studio istologico della mucosa in questa malattia nei suoi vari stadi.

Le lesioni della mucosa in periodo di attività della malattia sono diverse secondo che si tratti del primo attacco della malattia, o di una ricaduta o di complicazione purulenta aggiunta. Nel primo attacco le lesioni sono pure e significative, colpiscono unicamente la mucosa, cioè il corion e le ghiandole. Il corion è edematoso e disseminato di piccoli vasi congestionati con suffusioni emorragiche qua e là attorno ad ectasie capillari. L'epitelio superficiale spesso scompare lasciando il posto ad erosioni multiple e superficiali ricoperte da essudato sieromucoso misto a sangue o da sangue puro senza fibrina. Le ghiandole presentano ipersecrezione mucosa. Nelle ricadute le lesioni sono identiche, ma si possono riconoscere gli attacchi precedenti dalla presenza di follicoli linfoidi voluminosi. Nelle forme suppurate, dominata la suppurazione si notano le stesse lesioni precedentemente descritte.

Nel periodo di declino della malattia l'ipersecrezione ghiandolare persiste, mentre la congestione è scomparsa.

Nel periodo di remissione si ha per lo più una latenza, ma non la scomparsa della malattia. La remissione per lo più è soltanto parziale e si accompagna a presenza di bottoni carnosi.

Probabilmente le lesioni sono legate ad intervento di elementi nervosi che governano la tonicità dei capillari e la secrezione ghiandolare.

La rettocolite emorragica si può paragonare ai fenomeni di intolleranza e di ipersensibilità locale e fa parte delle malattie diatesiche.

Dal punto di vista terapeutico, la terapia locale con vitamina A e sulfamidici si deve fare per migliorare le condizioni della mucosa. C'è però da domandarsi se non sia il caso di intervenire con medicinali che modifichino lo stato nervoso vago-simpatico.

L.

VARIA

Cure del fisico nella donna.

E. Lauda (*Wiener Klinische Wochenschr.*, maggio 1942) richiama l'attenzione sulla necessità che ha specialmente la donna di praticare attente cure al proprio fisico. Queste cure non devono costituire il privilegio di poche, ma essere alla portata di tutte, specie delle lavoratrici, che più delle altre ne hanno bisogno. Primo fondamento della salute è la pulizia quotidiana, che va praticata prima con acqua calda e sapone, poi con acqua fredda: si migliora così la circolazione cutanea e si rende il corpo più resistente agli stimoli esterni. Giovano alla bellezza della pelle il sole e i bagni d'aria, purchè attuati razionalmente e secondo norme precise.

L'A. si rivolge contro il pregiudizio secondo il quale, durante il periodo mestruale, è dannoso l'uso dell'acqua, affermando che invece mai come in questo periodo è necessaria la pulizia. Dètta alcune regole igieniche per varie eventualità: contro l'eczema da sudore consiglia la formalina e la polvere al salicilato; contro i geloni, i raggi ultravioletti. Le deformazioni del seno possono essere prevenute con l'uso di busti ben fatti, con i massaggi e specialmente con la ginnastica quotidiana, che vale pure a correggere il rilasciamento delle pareti addominali e la difettosa posizione del corpo che ne consegue. Per prevenire le varici degli arti inferiori, si aboliscano gli elastici intorno alle gambe e alle coscie, si facciano massaggi e si eviti una prolungata stazione eretta. Il piede è, nelle donne, troppo spesso costretto in scarpe inadatte, e numerose affezioni (alluce valgo, unghia incarnita ecc.), ne sono le note conseguenze. Sarà perciò utile portare scarpe comode, cercare di camminare sulle punte e praticare poi un massaggio. Infine, passando alle cure da praticarsi alla gestante, l'A. afferma come sia ormai assurdo preoccuparsi della « linea », poichè il corpo può riprendere benissimo la forma primitiva, pur di sostenere il seno e l'addome con mezzi adatti.

LUIGIA VALORI

(Da *L'Attualità Med.*, lug.-ott. 1942).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CULTURA SUPERIORE

Per la riforma universitaria.

Il Ministro dell'Educazione Nazionale, nell'intento di affrontare tempestivamente i problemi relativi all'attuazione della Carta della Scuola nel settore universitario, ha nominato una Commissione coll'incarico di compiere un preliminare organico studio dei problemi medesimi.

La Commissione — composta di insigni docenti universitaria è stata insediata con un discorso del Ministro Bottai, il quale ha segnalato le linee direttive dei lavori, mettendo particolarmente in rilievo come questi dovranno essere compiuti sulla base delle aspirazioni e dei desideri di coloro che vivono direttamente la vita universitaria e che perciò ne sentono in concreto le reali esigenze: tutti i professori universitari, infatti, sono stati chiamati in un primo tempo ad esprimere il loro avviso e a formulare le loro proposte per il settore di studi di rispettiva competenza e proprio l'esame delle singole relazioni di Facoltà, redatte in seguito alle discussioni dei componenti le Facoltà stesse, costituirà — unitamente a quello dei voti e delle proposte pervenute da parte di enti o di singoli studiosi — il punto di partenza per i lavori della Commissione. Le conclusioni cui questa giungerà saranno, quindi, l'espressione del pensiero del mondo universitario, cosicchè ben potrà dirsi che il riordinamento dell'Università italiana sarà stato attuato dall'Università medesima. La Commissione, suddivisa in speciali comitati per Facoltà o gruppi di Facoltà affini concluderà i suoi lavori entro il prossimo maggio.

Sono membri del Comitato per le facoltà di medicina e chirurgia e di farmacia: Cavara prof. Vittoriano, Clinica oculistica; De Blasi prof. Dante, Igiene; Frugoni prof. Cesare, Clinica medica; Gaifami prof. Paolo, Clinica ostetrica e ginecologica; Morelli prof. Eugenio, Tisiologia; Pende sen. prof. Nicola, Patologia medica; Perez sen. prof. Giovanni, Patologia chirurgica; Rondoni prof. Pietro, Patologia generale; Spolverini, sen. prof. Luigi, Clinica pediatrica; Valenti prof. Adriano, Farmacologia.

Cronaca del movimento corporativo

I carburanti per i medici.

A cominciare dal mese di febbraio l'assegnazione e la consegna dei buoni della benzina e del metano ai medici in possesso della licenza di libera circolazione, vengono fatte direttamente a cura e per conto del loro Sindacato.

Il Sindacato dei medici di Milano comunica ai propri iscritti che presso la Segreteria sono a disposizione per il ritiro i buoni supplemento benzina dietro presentazione del libretto di circolazione. Le domande relative ai mesi successivi al febbraio dovranno essere presentate non oltre il 10 di ogni mese.

CONCORSI.

Concorsi a premi.

Premio di fondazione «Massimo ed Elide Piccinini» per l'igiene, la tecnica e la storia degli ospedali.

In adempimento alle disposizioni della Fondazione « Massimo ed Elide Piccinini » istituita dal prof. P. Piccinini per l'igiene, la tecnica e la storia degli ospedali, presso gl'Istituti ospitalieri di Milano è aperto il concorso per l'anno 1943-XXI al premio di L. 2500 da conferirsi ad autori di lavori sui temi: *a*) Igiene e tecnica degli Ospedali; *b*) Storia degli Ospedali in Italia e all'Estero con particolare riguardo alla parte avuta dalla Chiesa Cattolica.

Potranno partecipare al concorso i cittadini italiani di razza ariana iscritti al P.N.F. ed anche gli ecclesiastici e gli iscritti alla Pontificia Università Gregoriana oppure all'Università Cattolica del Sacro Cuore.

I concorrenti dovranno presentare le loro memorie all'Ufficio di Protocollo dell'Ospedale Maggiore non più tardi del 12 ottobre 1943-XXI su cinque copie. Per le altre norme chiedere copia del bando di concorso all'Ufficio predetto.

Premio « Gaetano Mazzoni »

Questo premio è indetto presso la R. Università di Roma, per un laureato in medicina nell'Università il quale abbia superato al primo esame le prove di profitto e conseguito la leurea nella prima sessione del corrente anno accademico 1942-43. Il premio importa L. 1800. Scad. 31 luglio.

Premio « Arnaldo Giovannola »

E' bandito il concorso per un premio sull'elmintologia, dell'importo di L. 2500, intitolato ad Arnaldo Giovannola, presso la R. Accademia d'Italia, per studiosi italiani di qualsiasi età, residenti in Italia o all'Estero. Scad. 24 marzo.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

RICOMPENSE AL VALOR MILITARE.

Medaglia d'argento: ten. medico dott. Franco Ardissone (alla memoria); era figlio del collega dott. Adolfo.

Il prof. Enrico Fuster, presidente della Federazione provinciale milanese dell'Opera Naz. Mat. Inf., è stata conferita da Hitler la Croce di benemerenza dell'Ordine dell'Aquila, per meriti politici e culturali.

I premi della Fondazione « Eugenio Divini » e della Fondazione « Pier Diego Siccardi » di lire rispettivamente 5000 e di L. 1800 per posti di perfezionamento in medicina del lavoro presso l'Università di Milano nell'anno accad. 1942-43 sono stati assegnati al dott. Giuseppe Sanfilippo.

NOTIZIE DIVERSE

Sul Campo della Gloria.

Il dott. GIOVANNI MARTINI, tenente medico, è caduto valorosamente il 31 ottobre 1942 sul fronte egiziano. Era nipote del prof. Enrico Martini, fondatore degli ospedali Martini di Torino. Si era specializzato in pediatria presso il prof. Allaria. In Libia fu direttore all'ospedale da campo 216 e poi addetto al servizio medici di prima linea.

Il dott. GIAN BATTISTA GUALINI, capomanipolo medico dei Battaglioni « M. », figlio del dott. Federico, di Levere (Bergamo), è caduto in combattimento il 12 dicembre sul fronte russo; aveva già partecipato alle battaglie sui fronti albanese e jugoslavo.

Il dott. GIOVANNI SAMMARTANO, sottotenente medico al 3° Regg. Bersaglieri della III Divione Celere, è caduto in combattimento sul fronte russo il 16 agosto. Volontario, aveva chiesto insistentemente di far parte di una unità combattente.

Al Centro mutilati di Roma.

L'8 febbraio u. s. l'A. R. il Duca d'Ancona, degnandosi di aderire ad invito del ten. colonnello prof. Manna, ha visitato il Centro mutilati « Principessa di Piemonte ».

Ricevuto dal direttore ten. colonnello prof. Guido e da tutti gli ufficiali del Centro, l'A. R. dopo breve sosta nella Cappella, ha visitato il Reparto operatorio, il Reparto ufficiali e si è intrattenuto affabilmente con alcuni mutilati del viso e degli arti che gli sono stati presentati dal ten. colonnello Manna e dal capitano Sovena. Successivamente si è intrattenuto nella sala di rieducazione fisica ove ha assistito ai vari esercizi ginnastici eseguiti dai mutilati degli arti, alcuni dei quali perfino amputati di ambedue le gambe.

Al termine della visita l'A. R. si è vivamente congratulato con il direttore e con i vari capi reparti ed ha lasciato il Centro tra gli applausi dei mutilati che facevano ala al Suo passaggio.

Il 16 febbraio u. s. il prof. Sauerbruch, direttore della Clinica chirurgica di Berlino, ha visitato il Centro mutilati « Principessa di Piemonte », ove ha assistito a due interventi chirurgici, uno di blefaroplastica con lembo cutaneo alla « Imre » eseguito dal ten. colonnello prof. Manna, ed un altro di amputazione di gamba eseguito dal capitano prof. Sovena secondo un suo metodo personale.

Nave ospedale nipponica attaccata da un sottomorino.

Si ha da Tokio 12 marzo che la nave ospedale giapponese « Danilamura » di 9486 tonnellate, è stata attaccata da un sommergibile nemico a sud-est di Palau. La nave è riuscita tuttavia ad arrivare in porto.

L'atacco è avvenuto in pieno giorno e i contrassegni della croce rossa non potevano in alcun modo sfuggire al nemico, il quale ha così compiuto una flagrante violazione della convenzione internazionale sulle navi ospedali.

Questa notizia, appresa in Giappone contemporaneamente a quella relativa all'eccidio, da parte di soldati nord-americani, di 55 naufraghi superstiti di un mercantile giapponese affondato, che erano sbarcati lungo la costa settentrionale della Nuova Guinea, ha provocato in tutto il paese la più viva indignazione.

La scuola di perfezionamento in medicina del Lavoro a Roma.

Questa scuola venne istituita presso la R. Università di Roma, con voto unanime della Facoltà medica, in piena rispondenza alle vedute e alle direttive del Governo Fascista, nel maggio 1930, con lo scopo di perfezionare i laureati in medicina e di conferire il diploma di « specialista in medicina del lavoro ». Venne fondata dall'Unione Fascista degli Industriali di Roma che mise, a disposizione della Scuola, locali, ambulatori, materiale clinico e che ne ha sostenuto, col concorso di altri Enti, le spese di funzionamento. La Scuola ha sede nel Policlinico del Lavoro (piazza Gentile da Fabriano 7); il corso ha la durata di due anni.

Nell'anno scolastico 1941-42 si sono iscritti alla Scuola 36 medici, di cui 25 al 1° anno e 11 al 2°; peraltro, a causa degli obblighi militari, soltanto la metà circa degli iscritti hanno potuto frequentare la scuola; furono conseguiti 7 diplomi.

Come negli anni precedenti, l'Unione Fascista degli Industriali di Roma ha concesso quattro borse di studio da L. 1000 ciascuna, di cui due pel 1° anno e due pel 2° anno. Complessivamente nei due corsi sono state impartite più di 300 lezioni dai proff. S. Baglioni, F. Banissoni, G. A. Vigliani, A. Ranelletti, S. Diez, P. Di Donna, G. Tancredi, E. Sirianni, A. Grilli; sono state praticate più di 200 esercitazioni e compiute 10 visite d'istruzione a stabilimenti industriali.

Azioni giudiziarie.

L'ing. Felice Morato, funzionario capo del ramo tecnico dell'Amministrazione provinciale di Alessandria, aveva avuto incarico nell'estate 1926 da parte del presidente della giunta esecutiva del Consorzio provinciale antitubercolare di Alessandria di approntare un progetto per l'erezione di un tubercolosario provinciale. Eseguito tale progetto, nel febbraio del 1929 la giunta esecutiva del predetto Consorzio revocava la deliberazione presa antecedentemente incaricando per lo studio di altro progetto l'Ufficio tecnico provinciale, con la collaborazione dell'ing. Martini.

L'ing. Morato, non avendo mai avuto alcun versamento di denaro, citava il Consorzio al pagamento di 330 mila lire, e il Tribunale, nella sua sentenza, veniva ad affermare che l'ing. Morato aveva prestato la sua opera come privato professionista essendo il Consorzio antitubercolare un organo con patrimonio e funzioni proprie sia pure avendo a suo presidente lo stesso Preside dell' Amministrazione provinciale. Condannava perciò il Consorzio stesso al pagamento a favore dell'ing. Morato di un compenso in base alla tariffa sindacale.

Un po' dovunque.

Il Principe di Piemonte ha visitato a Cagliari, il 4 marzo, i luoghi colpiti dalle recenti incursioni nemiche, tra i quali è l'ospedale civile; poi si è recato in vari ospedali a portare conforto ai numerosi feriti.

La Società medico-chirurgica di Modena e la Sezione modenese della Società di biologia sperimentale hanno tenuto un'adunanza il 13 gennaio; sono state svolte comunicazioni da G. Rossi e D. Pierino.

Al « Collegio Mussolini » dell'Università di Pisa è stato commemorato l'eroico sacrificio del dott. Francesco Mari Ferrara, volontario di guerra, eroicamente caduto sul fronte greco il 27 novembre 1940.

Il prof. Giuseppe D'Agata, clinico chirurgo di Messina, è stato ricevuto in udienza particolare dal Papa, cui ha fatto gradito omaggio delle proprie pubblicazioni scientifiche.

Nell'Istituto di statistica dell'Università di Trieste proseguono le indagini sull'alimentazione relativa e famiglie urbane in tutta Italia; furono iniziate nel marzo 1942.

Il Consiglio di Reggenza dell'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria si è adunato il 18 ottobre e, dopo discussione cui hanno partecipato Zavattari, A. Labranca (per la Direz. gen. della Sanità pubblica), Giordano, Rovesti e Nuvoli, ha approvato un ordine del giorno in cui riconforma la sua stima e fiducia nel Presidente ma riafferma, nella maniera più ampia e più categorica, che la responsabilità delle due pubblicazioni del Rao, di cui ci siamo occupati, ricade interamente sull'Autore, dal quale l'Accademia dissente nella forma, nella sostanza e nel tempo di pubblicazione, in maniera la più assoluta. (Dalla « Rassegna di Clin. ecc. », nov.-dic. 1942).

Alla Sacra Congregazione dei Riti è giunto il processo diocesano per la beatificazione del servo di Dio Renato Masini, medico chirurgo, vissuto dal 1901 al 1931.

Nella « Wiener Klin. Wochen., 1943, n. 5, il primario R. Stiglbauer riferisce sulla nascita, dopo una gravidanza normale, di un bambino vitale, che pesava 1630 g. ed era lungo 46 cm.

La « Umschau » ricorda che la sulfanilamide era stata già descritta nel 1908 dal chimico P. Gelano, dell'Istituto chimico dell'Università di Vienna.

Nella Spagna vigeva l'assicurazione sociale soltanto contro gl'infortuni del lavoro e contro la vecchiaia; si è ora introdotta l'assicurazione obbligatoria contro le malattie, la quale comprende i lavoratori delle classi inferiori (Riportiamo questa, come altre notizie, della «Schweiz M. Woch», 27 feb. 1943).

Si ha da Djakarta (Giava), 8 marzo, che allo scopo di facilitare lo studio della medicina agli indigeni, l'amministrazione militare nipponica ha deciso la fusione dell'ex facoltà di medicina dell'Università di Batavia e della facoltà medico-odontoiatrica di Surabaya, in un'unica organizzazione che sarà l'Università medica di Djakarta.

In Germania a partire dal 1° marzo i vaccini contro il dermotifo sono autorizzati solo se approvati preventivamente dallo Stato. L'esame viene fatto nell'Istituto statale di terapia sperimentale a Francoforte sul Meno. I vaccini precedentemente venivano prodotti nell'Istituto Roberto Koch di Berlino e nelle fabbriche Behring di Marburgo; ora lo sono anche nella fabbrica sierologica Sassone a Dresda, dalla Società Schering a Berlino e nella fabbrica sierologica amburghese (« Klin. Woch. », 1943, n. 5).

La Spagna falangista ha bandito quattro concorsi a premi su temi medici, per onorare la memoria dei suoi caduti. I premi sono intitolati a Fernando Primo de Rivera Matias Montero Rodríguez de Truijllo, Augustín de la Fuente Checos e Miguel Barredo Maldonato; i temi concernono: la fisiopatologia del pancreas, la chirurgia della tbc. polmonare, il problema del cancro in Spagna e l'organizzazione sanitaria del medico rurale; gl'importi sono di 3000 pesete per i primi tre e di 2500 per il quarto.

Sebbene i gas aggressivi siano stati banditi da questa guerra, la « Schw. med. Woch. » vi dedica il numero dal 6 mrazo: esso reca 12 articoli. È da sperare che la grave jattura di tale impiego venga evitata.

Nel « Messaggero » del 13 marzo Vincenzo Lioy pubblica un interessante articolo intitolato: « Missioni belliche silenziose ed eroiche. Velivolo sanitario. L'opera preziosa dei piloti, dei medici e degli infermieri dona un soffio di poesia alle vicende di una guerra sempre più aspra ». Risulta che dal principio della guerra al 31 dicembre 1942 non sono rientrati, da queste missioni, 3 medici e 12 infermieri.

Il dott. Alessandro Tirelli, oculista, che esercitò lungamente a Bologna, vi è morto a 72 anni, dopo lunga malattia; la moglie, Clementina Monti, che lo aveva amorosamente assistito in condizioni precarie di salute, vinta dal dolore si spegneva mezz'ora dopo.

Nell'Ospedale di Centù è stato rubato un apparecchio radio usato a scopo di svago dei malati.

Il legionario Mario Lenaggi di Pola ha offerto finora, con 217 trasfusioni, 77 litri del proprio sangue.

Il 12° Congresso della Società tedesca di medicina tropicale è rimandato a tempo indeterminato. (Erano state annunziate 47 dissertazioni tra relazioni e comunicazioni).

Poco dopo aver festeggiato l'80° compleanno è morto a Ginevra il dott. ERNESTO GUGLIELMINETTI, cui andiamo debitori dell'incatramatura delle strade e che, perciò, era designato come « il dottor Catrame ». Era nato nella Svizzera italiana. Valente professionista, esercitò a lungo nelle colonie olandesi.

Il prof. ENRICO ETTORRE di Milano si recava ad un consulto urgente, in automobile, quando la sua vettura veniva investita da un autotreno, sfasciandosi; l'insigne sanitario riportava la fattura della base cranica e di alcune costole; ricoverato nell'Ospedale militare in condizioni gravissime, vi decedeva. Era chirurgo primario nell'Ospedale « Mussolini », maggiore medico della Croce Rossa, console medico, capo dei servizi sanitari dell'U.N.P.A., generalmente apprezzato come chirurgo e come organizzatore. *G.s.*

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Med. Españ., nov. — L. Cornil e M. Schachter. Fattori alimentari e carcinogenesi. — R. Sacadé. Ernia di Richter.

Acta Med. Scand., V. — K. Rickhang. Sviluppo e associazione di anafilassi, allergia e immunità nella tbc. — J. Solem. Cutireazioni negative nella tbc. polm. attiva. — L. Lindeman e O. Selvocag. Colloidi nelle urine. — J. Adams-Ray e S. G. Sjöbey. Esoftalmo unilat.

Riv. di Pat. nerv. e ment., nov.-dic. — G. Gastaldi. Rigeneraz. del tessuto nerv. — M. G. F. Fuortes e M. Torre. Acetilcolina.

Wien. Klin. Woch., 4 dic. — M. Jelusich. Il principio maschile nella storia. — R. Singer. Complesso B e ferro nelle anemie. — O. Neumann. Febbre da prontosil.

Deut. Med. Woch., 4 dic. — Sylla, Laurentius. Tifo petecchiale.

Rev. Clin. Españ., 15 nov. — J. Grande Covian. Regolaz. della glicemia. — C. Jiménez Diaz e al. Stati di denutriz. — E. Alonso e M. Asin-Gavin. Sindrome di Hunt.

Giorn. di Med. Mil., ott. — V. Puntoni. Accertam. microbiolog. dell'amebiasi. — L. Cannavò. Falso addome acuto malarico.

Praxis, 26 nov. — H. R. Hopzhen. Critica dell'ormonoterapia follicolare.

Id., 3 dic. — H. François Tecoz. Selezione dei piloti aviatori.

Id., 10 dic. — R. Regamey e M. Neyroni. La dissenteria bacillare in Svizzera.

Id., 17 dic. — G. Bickel. Vitamine.

Settim. Med., 18 ott. — G. Colombo. Plesioröntgenterapia del tracoma.

Riv. di Clin. Ped., nov. — A. Galeotti Flori. Forma ossea dello scorbuto infant.

Rev. Belge Sc. Méd., nov. — R. Devis e L. F. Sinconart. Edema da carenza.

Wien. Med. Woch., 11 dic. — J. Ostmayer. Polisierositi. — A. Kirch. Dolori toracici.

Münch. Med. Woch., 11 dic. — F. Hoff. La dissenteria nella terra dei Sovieti.

Klin. Woch. 19 dic. — E. Huf. Impiego dell'ormone follicolare e dell'estrostilbene nell'uomo.

Arch. It. di Chir., ott. — S. Caminiti. Ulcera g.-d. perforata. — F. Rabboni. Cura delle ernie ing. e crur. dello stesso lato.

Deut. Med. Woch., 18 dic. — Schultz. Leucanemia gravidica con esito in guarig. — Strauch. Sofferenza stenocardica.

Wien. Klin. Woch., 18 dic. — Ortopedia.

Ann. It. di Chir., sett.-ott. — A. Ligas. Interventi chirurg. sul polm. — G. Cosentius. Prove di Aldrich Mc Clure.

Praxis, 29 dic. — H. Heusser. Tbc. renale e vescicale.

Forze San. 15 nov. — S. Solieri. Fratture esposte di guerra e di pace. — G. Baggio e al. Terapia dell'attacco appendicol. acuto.

Rif. Med., 12 dic. — P. Benigno. Incompatibilità fra novocaina e sulfamidici.

Min. Med., 8 dic. — G. A. Calabrese. Irradiazione Röntgen sul gozzo basedow. secondo la metodica Pende.

Clin. Med. It., sett.-dic. — E. Gallina, F. Cattaneo. Diabete renale. — P. Merlo. Malattia Kahler-Bozzolo. — O. Da-Rin. Splenite suppurativa. — M. Cellina. Granuloma mal.

Arch. It. Chir., nov. — V. Pettinari. Chirurgia di guerra.

Deut. Med. Woch., 8 genn. — Ickert. Press. sang. nell'affaticam. e nell'infezione. — Sonnenschein. Pseudo-reaz. di Weil-Felix nelle infez. da Proteus.

Praxis, 7 genn. — H. Ludwig. Diarrea cron. — R. M. Tecoz. Problemi alimentari attuali.

Indice alfabetico per materie

C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma. Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME L Roma, 29 Marzo 1943 - XXI Num. 13

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

DIREZIONE DI SANITÀ DEL XVII CORPO D'ARMATA
Direttore: Colonnello Prof. ALESSANDRO MALICE

OSPEDALE DI RISERVA N. 3
Direttore: Ten. Col. Dott. GUIDO E. VENDITTI

Primi risultati ottenuti nella terapia della malaria acuta mediante aggiunta di lievito di birra al chinino.

(Nota preventiva).

Sottotenente Prof. VITO PATRONO,
aiuto nell'Istituto di Patologia Medica della R. Università di Roma.

La osservazione di alcuni segni di ipovitaminosi in un certo numero di malarici;

l'intervento di alcune vitamine nei processi di respirazione cellulare (l'amide dell'acido nicotinico come cofermento della deidrogenasi; le vitamine B_2 C e B_1 come « trasportatori di idrogeno »);

la funzione di « fattori di crescita » assegnata ad alcune vitamine (l'acido p-aminobenzoico o vitamina H' per alcuni germi, l'acido nicotinico, la vitamina B_2 e l'acido pantotenico per altri germi);

il fondamento dell'azione batteriostatica dei sulfamidici riconosciuto nella concorrenza tra essi e i « fattori di crescita » suddetti;

l'attività antiparassitaria che alcuni sulfamidici esercitano nella infezione malarica degli animali, e l'attività antimalarica esplicata dal 4-4' diaminodifenilsulfone nell'uomo:

sono questi i principali argomenti che mi hanno indotto ad affrontare dal punto di vista clinico e sperimentale il problema dei rapporti reciproci tra l'infezione malarica, i medicamenti antimalarici e le vitamine.

Nel corso di queste ricerche, sulla base di alcune osservazioni cliniche — che qui non riferisco perchè ancora incomplete — ho fondato le premesse teoriche per la indagine di una eventuale utilità di associare il lievito di birra al chinino nella terapia della malaria acuta.

Il chinino è stato somministrato *per un sol giorno* in quantità relativamente piccole; il lievito di birra — di per sè inefficace contro gli accessi febbrili e privo di azione nociva contro i parassiti malarici — è stato somministrato, sciolto in acqua, per 2 giorni.

I risultati ottenuti sono stati finora incoraggianti.

In 19 casi di febbre terzanaria da plasmodium vivax il giorno in cui è stato somministrato il chinino + il lievito di birra è stato anche l'ultimo giorno di febbre (fig. 1). *Se il chinino + lievito di birra è stato somministrato nel giorno di apiressia, l'accesso febbrile successivo più non si è avuto* (fig. 2).

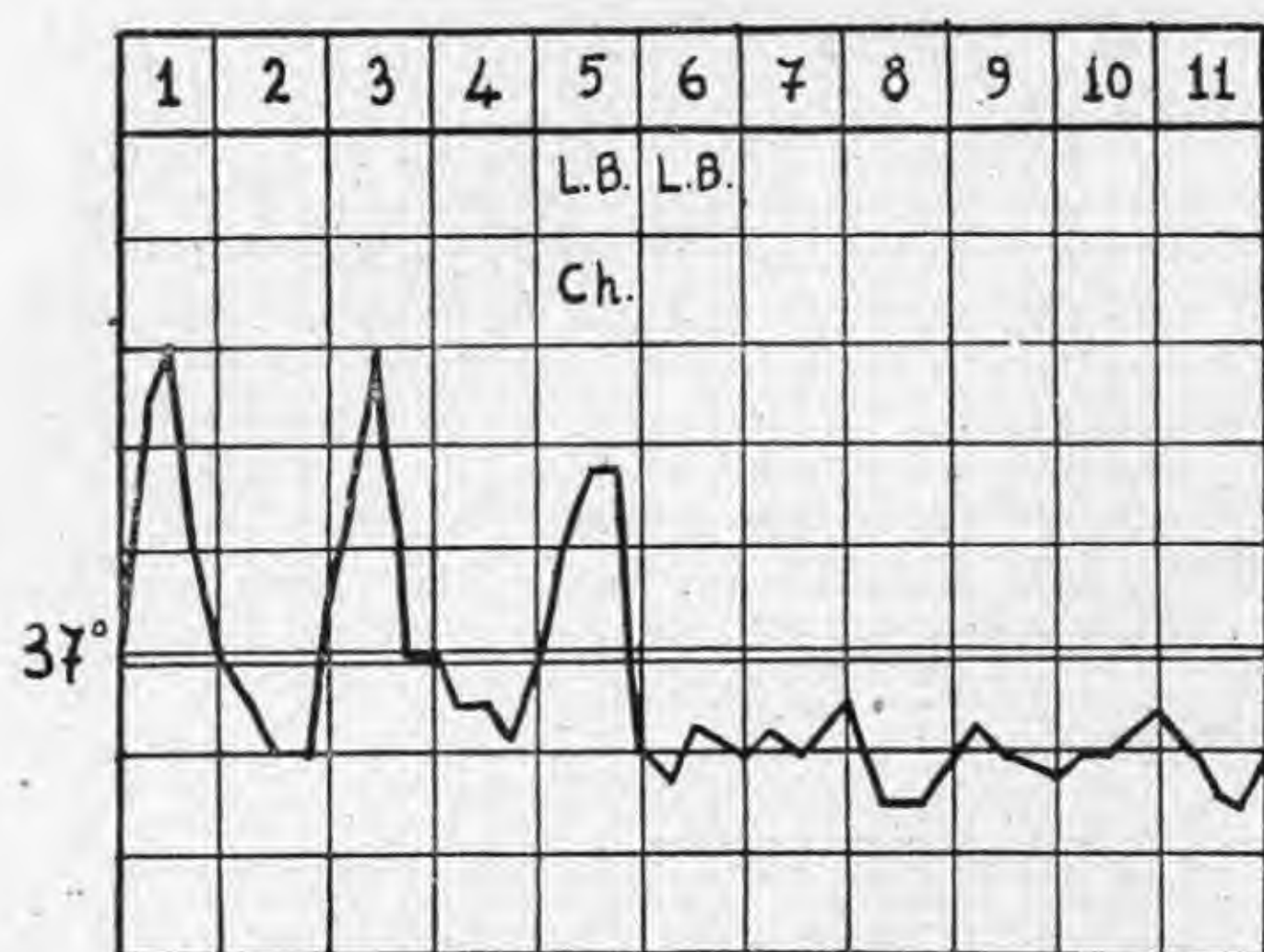



FIG. 1. — Malaria da plasmodium vivax (Ch. = chinino; L. B. = lievito di birra).

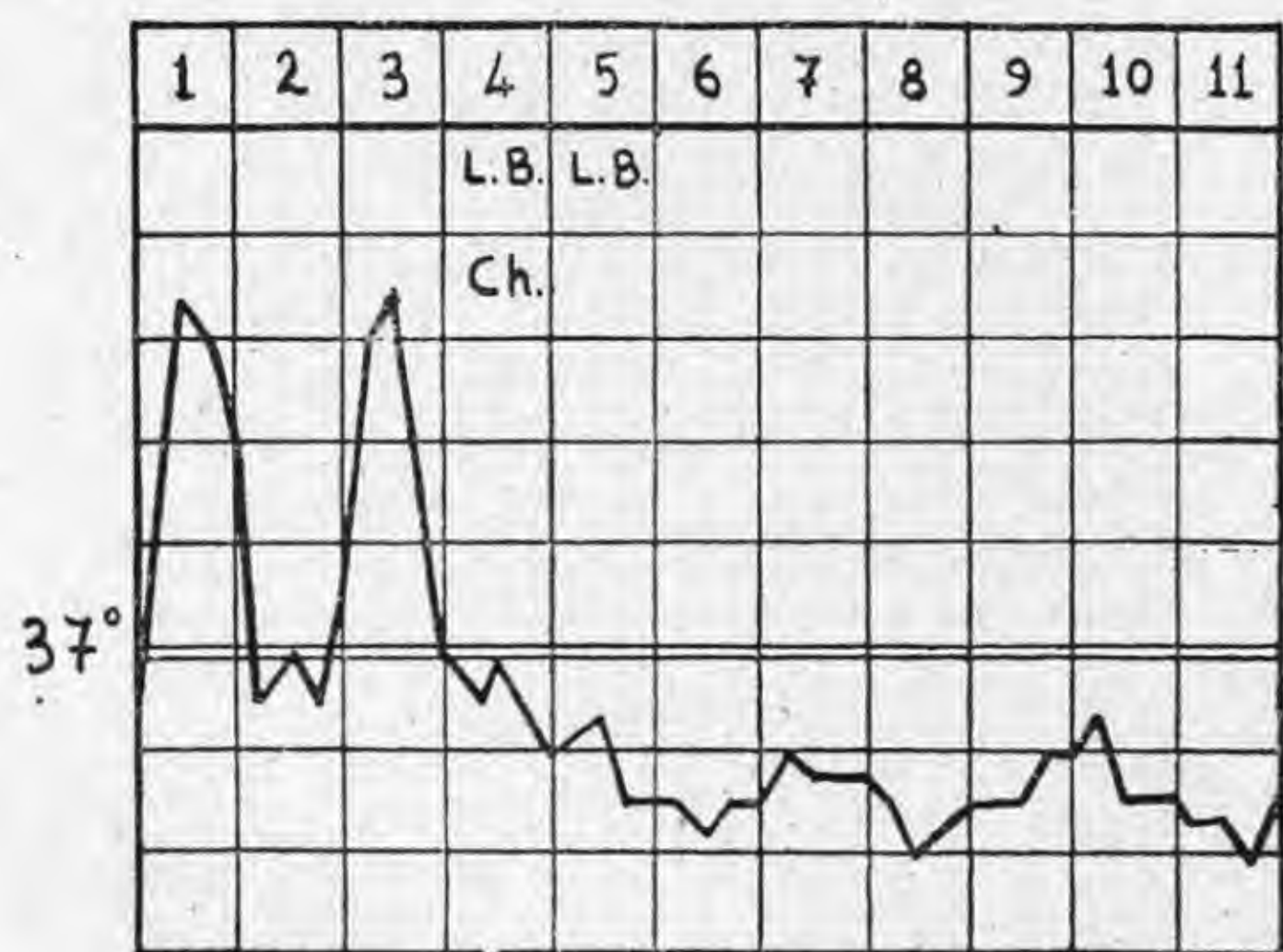



FIG. 2. — Malaria da plasmodium vivax (Ch. = chinino; L. B.: = lievito di birra).

In 1 caso di febbre quartanaria da plasmodium malariae la somministrazione di chinino + lievito di birra, durante il giorno in cui si è avuto l'accesso febbrile, ha impedito la comparsa dell'accesso successivo.

In 8 di 9 casi di febbre terzanaria o quotidiana da plasmodium falciparum l'ultimo giorno di febbre è stato appunto quello in cui è stato somministrato chinino + lievito di birra (*figura* 3). *In un caso invece la febbre non è caduta così rapidamente, per cui dopo tre giorni ho ripetuto il trattamento con chinino + lievito di birra; e questa volta con successo.*

Al rapido cessare della febbre ha fatto riscontro la rapida scomparsa dei parassiti dal circolo periferico: più precisamente il plasmodium vivax è completamente scomparso dal circolo entro 24 *ore nel* 56 % *dei casi, entro* 48 *ore nel* 33 % *dei casi, entro* 72 *ore nell'*11 % *dei casi; il plasmodium falciparum invece entro* 48 *ore nel* 50 % *dei casi, entro* 72 *ore nel resto dei casi.*

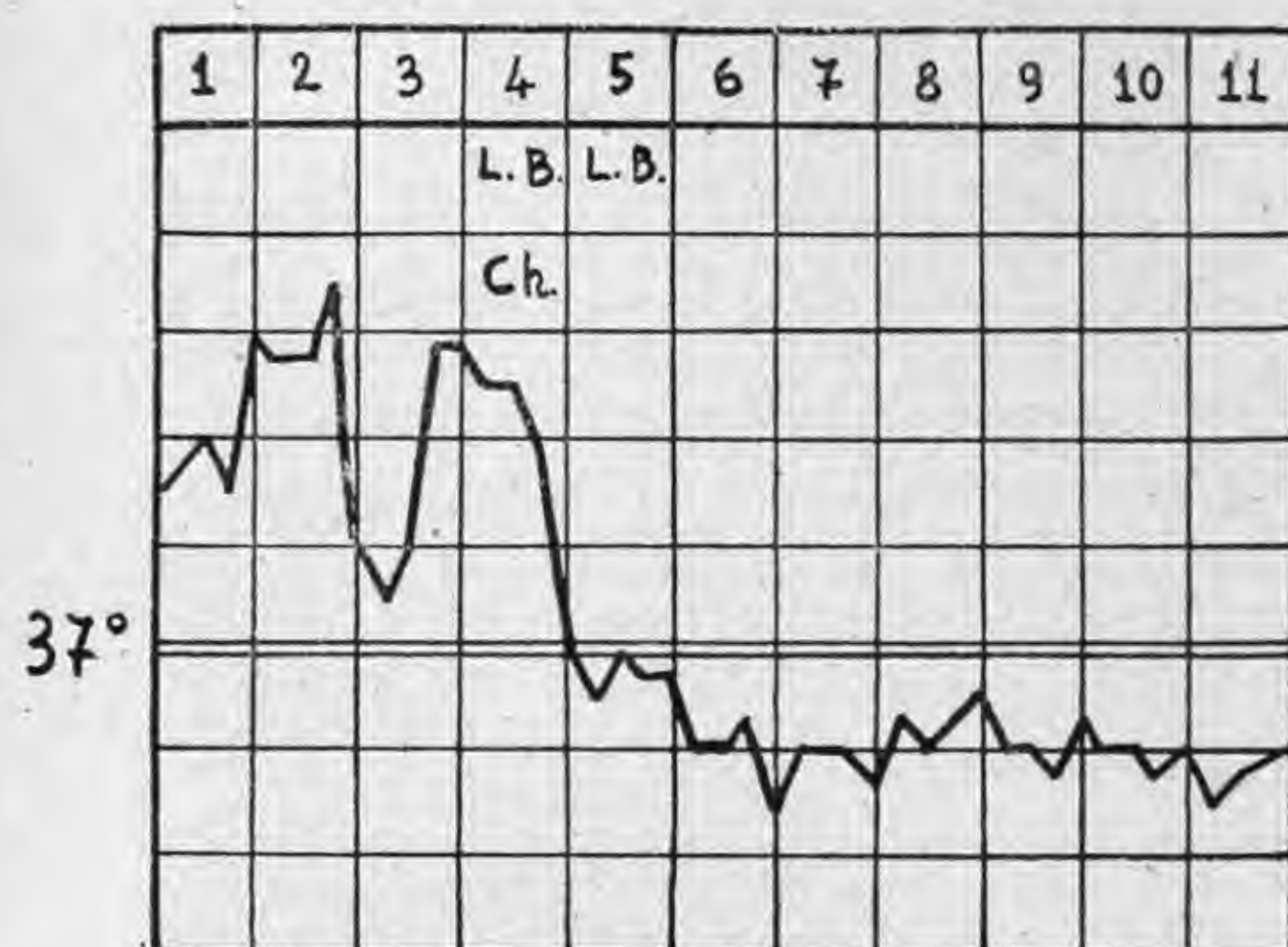



FIG. 3. — Malaria da plasmodium falciparum (Ch. = chinino; L. B. = lievito di birra).

Sull'ulteriore decorso clinico e sulle modalità di applicazione pratica di questi risultati alla terapia della malaria, intesa come malattia cronica passibile di riaccensioni acute, ritornerò estesamente in altra occasione quando la casistica sarà più numerosa e quando gli opportuni controlli clinici e microscopici avranno potuto essere estesi ad un periodo sufficientemente lungo di tempo. Per ora a me interessa far noto che la contemporanea somministrazione di lievito di birra sembra potenziare l'attività antimalarica del chinino.

RIASSUNTO

Dalle ricerche, che l'A. comunica in via preliminare, risulterebbe che la contemporanea somministrazione di lievito di birra è in grado di potenziare l'attività antimalarica del chinino.

Noi curiamo gli ammalati non le malattie.
GUIDO BACCELLI.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE CIVILE DI UDINE
PRIMA DIVISIONE MEDICA
diretta dal Prof. A. VARISCO

Edema polmonare e diabete.

Dott. PIETRO CARNIELLI, assistente

I due casi che mi offrirono lo spunto di questo lavoro furono entrambi osservati dal mio Maestro prof. Varisco nella sua pratica privata.

CASO I. — A. F., dottore in agraria. Anni 47.

A. F. Il nonno e due zii materni erano affetti da diabete.

A. P., nato e cresciuto regolarmente. Celibe. Abitudini di vita regolari. Ha goduto sempre buona salute fino all'insorgenza della presente malattia. Dice che da qualche tempo gli era talvolta capitato di svegliarsi improvvisamente di notte con un po' di affanno di respiro al quale non aveva dato importanza e che insorgeva, quasi sempre, dopo aver mangiato abbondantemente. La notte del 6 marzo 1936 (la sera prima aveva mangiato abbondantemente dei dolci) qualche ora dopo che si era coricato, si svegliò improvvisamente in preda ad intensa dispnea alla quale si aggiunse, poco dopo, tosse stizzosa con emissione di espettorato siero-sanguinolento. Essendo riusciti vani i comuni soccorsi famigliari che si protrassero per alcune ore, fu chiamato il prof. Varisco verso le 4 del mattino. Egli trovò il malato cosciente, con il polso piccolo, frequente (130 al 1') di colorito pallido-cianotico con tosse stizzosa durante la quale emetteva un espettorato spumoso, siero-ematico. La pressione arteriosa era: mx. 110 mn. 70. Al torace: diffusi rantoli a piccole e medie bolle. Al cuore: toni impuri e deboli. Nulla vi era di particolarmente notevole a carico degli altri organi ed apparati.

Avendo invano praticato iniezioni di cardiocinetici, anche per endovena e dubitando potesse trattarsi di una manifestazione nefritica, furono esaminate le orine.

Con grande sorpresa, anzichè albumina, fu trovata una grande quantità di zucchero (circa il 40 ‰). Anche l'acetone era presente in discreta quantità. La glicemia era del 3,75 ‰. Si intervenne allora subito iniettando insulina ad alte dosi dapprima sottocute, poi endovena, controllando sempre le orine. Nello spazio di circa un'ora la forma andò attenuandosi e poi scomparando completamente.

Da allora il malato che è molto disciplinato, ha sempre continuato la cura dietetica ed insulinica e non ha più avuto disturbo alcuno. Ha potuto fare, anche, per ragioni professionali, ascensioni in montagna camminando per molte ore senza alcun inconveniente. L'ammalato attualmente non ha mai nè zucchero nè acetone nelle orine e la glicemia si mantiene intorno all'1,25-1,50 ‰.

CASO II. — A. D. L., di anni 54. Casalinga. Da Mortegliano.

A. F. Negativa.

A. P. Nata e cresciuta regolarmente. Sposata ha una figlia viva e sana. Ha goduto sempre ottima salute fino all'insorgenza della presente malattia. Una notte, improvvisamente dopo un lauto pasto, fu colta da un attacco di tachicardia con dispnea intensa al quale seguì un attacco di edema polmonare con tosse stizzosa ed emissione di espettorato schiumoso siero-ematico del classico color salmone.

I medici, prontamente accorsi, tentarono invano un trattamento con cardiocinetici che non portò ad alcun risultato. Verso le due della notte fu chiamato a consulto il prof. Varisco il quale trovò la malata che aveva perso i sensi e presentava il quadro suddescritto. Si notava, inoltre, al torace: diffusi rantoli a piccole e medie bolle in parte crepitanti; al cuore: nessuna alterazione dei toni, ma solo una notevole tachicardia. Il polso era piccolo, frequente (140 al 1'). La pressione arteriosa era: mx. 200, mn. 100. Fece subito siringare la malata; l'orina non presentava albumina, ma una notevole quantità di glucosio e tracce di acetone. Vista la gravità della malattia ed edotto dal caso precedente, fece iniettare subito 50 U. di insulina endovenosa. Dopo pochi minuti il ritmo cardiaco andò rallentandosi, l'edema polmonare scomparendo, la dispnea attenuandosi e, dopo mezz'ora la malata, che aveva ripreso conoscenza, si trovava già in buone condizioni. Gli esami fatti nei giorni successivi misero in evidenza una glicemia del 3,50 ‰ e la malata fu sottoposta a un trattamento dietetico ed insulinico che portò il tasso glicemico alla norma. Senonchè, dopo alcuni mesi, avendo la malata trascurato le cure perchè si sentiva bene, si ripetè un attacco simile al primo, ma il medico, subito accorso, essendo edotto dai precedenti della malata, riuscì a rimetterla rapidamente in buone condizioni somministrandole l'insulina. Dopo circa due anni la paziente credette di poter fare a meno delle cure; una notte, però, insorse un nuovo attacco di edema polmonare, ma abitando la paziente in campagna e non trovandosi, al momento, medici disponibili, la malata soccombette.

Si trattava, dunque, riassumendo brevemente, di due ammalati affetti da diabete ignorato che, improvvisamente, durante la notte, dopo un pasto copioso, erano stati colti da un tipico accesso di edema polmonare. Tutte le terapie che in tali casi si praticano, erano fallite; in modo particolare i cardiocinetici non avevano dato, contrariamente al solito, alcun risultato, mentre, avendo l'esame delle orine svelata la presenza di glucosio, l'iniezione di insulina portò ad un evidente, rapido miglioramento ed entrambi i malati poterono superare felicemente la crisi. Nella seconda malata per errori dietetici e per l'abbandono dell'insulina, l'accesso si ripetè; anche questa volta l'azione della insulina fu pronta. La malata poi soccombette ad un terzo accesso di edema polmonare,

perchè aveva di nuovo abbandonato la terapia e non si potè intervenire in tempo con l'insulina. L'evidente rapporto fra l'iniezione di insulina e il rapido regredire della sintomatologia così grave di e. p., indusse il Prof. Varisco a consigliarmi di studiare quale spiegazione si potesse dare a questo successo terapeutico e a vedere, perciò, con ricerche bibliografiche e sperimentali, se si potesse parlare di una azione antiedema della insulina o di una azione favorente della iperglicemia sull'e. p.

La bibliografia in proposito è molto scarsa. L'argomento fu brevemente trattato nel Congresso della Società Italiana di Medicina Interna del 1930. Il prof. Frugoni, nella sua esauriente relazione sull'e. p., riassunse i dati bibliografici sull'argomento che sono pochi e, per di più, contrastanti. Infatti, mentre alcuni AA. affermano che anche l'insulina può intervenire nel ricambio idrico inibendo la diuresi e favorendo la ritenzione di acqua nei tessuti (Widal e coll.; Villa; Blum; Schiassi ecc.) e ciò sarebbe particolarmente evidente nei casi nei quali si usano alte doti di insulina e, per combattere l'acidosi, si somministra abbondantemente bicarbonato di soda (Zoia), altri AA. pensano, invece, che l'insulina possa far aumentare la massa circolante (Haldane, Kay e Smith) e favorire, con ciò, la diuresi. Sono poi stati descritti casi di e. p. in malati intossicati con insulina (Salmon) dovuti forse, però, a crisi allergiche conseguenti a impurità del preparato usato. Queste contraddittorie affermazioni sarebbero dovute, secondo Klein e Holtzer al fatto che l'azione della insulina è diversa a seconda delle disponibilità, di idrati di carbonio; osservazione questa di indubbia importanza ed interesse, come è stato veduto anche a proposito dell'azione di questo ormone sul cuore. Da altri AA. sarebbe stata avanzata l'ipotesi di una azione diretta dell'insulina sulla permeabilità dei capillari; è evidente quale grande importanza avrebbe la dimostrazione di questa azione; gli studi in proposito sono però ancora poco approfonditi e perciò siamo ancora nel campo delle ipotesi. Il Frugoni, infatti, dopo aver ricordato che il Dietrich pone il diabete fra le malattie che predispongono all'e. p., conclude il suo cenno sui rapporti fra l'ormone insulare e l'e. p., affermando che non si possono trarre delle conclusioni sicure su tale argomento non esistendo ricerche sperimentali, mentre i dati clinici sono scarsi e contraddittori.

Durante la discussione, al medesimo Congresso, il Fortunato riferì di aver trattato dei conigli per circa un mese con insulina osservando che, in tal modo, le dosi minime di adrenalina capaci di provocare l'e. p. si abbassano di molto. L'insulina avrebbe, quindi, secondo questo A., una azione favorente l'e. p. dovuta al fatto che essa aumenterebbe la ritenzione di acqua nei tessuti, secondo quanto affermano gli AA. prima citati.

Il Villa, invece, riferì, alllo stesso Congresso, che eseguendo ricerche sul sangue defluente dalle sovraepatiche per studiare il comportamento del fegato nella ipoglicemia da insulina, osservò, accidentalmente, che i conigli in profondo coma ipoglicemico sopportano bene dosi di adrenalina che, invece, determinano l'e. p. nei conigli normo-glicemici.

Questi sono i dati che potei raccogliere su tale argomento e, invero, essi, e per la loro incompletezza (non ho potuto prendere visione del lavoro del Dietrich) e per la loro contraddittorietà, sono ben lungi dall'essere in grado di fornirmi la spiegazione di un così rapido effetto dell'insulina sull'e. p. dei nostri pazienti.

Quale, dunque, la causa della così rapida azione dell'insulina?

L'azione dell'insulina, come è noto, è molto complessa e in taluni punti; ancora molto oscura; tuttavia è ormai ben noto e dimostrato che essa si esercita principalmente sul tasso glicemico e sull'acidosi diabetica. A due cause, pertanto, si poteva pensare di attribuire l'azione favorente l'e. p. nei nostri malati: o all'iperglicemia o all'acidosi; è noto infatti, che anche su quest'ultima l'azione dell'insulina è molto rapida (secondo Rondoni sarebbe, in certi casi di coma, precedente all'abbassamento dell'iperglicemia). A questo proposito è anche da ricordare che il Fischer, studiando gli edemi dei renali, emise l'ipotesi che a fondamento dell'edema di questi malati, vi fosse una intossicazione acida. Questa teoria ha trovato però, contrasti ed obbiezioni che non è qui il caso di riferire; per quanto riguarda l'e. p., poi, il Pisa, della Clinica di Frugoni, dimostrò che la riserva alcalina dei malati colpiti da e. p. è spesso normale e solo raramente bassa; sta ad ogni modo di fatto che non è descritto l'e. p. nella sindrone del coma diabetico (da notare poi che la seconda paziente aveva soltanto tracce di acetone nelle orine). Sui rapporti fra e. p. e glicemia i dati, come ho detto, sono scarsi e contradditori e perciò mi proposi di eseguire un gruppo di esperienze sul coniglio per vedere quale potesse essere il rapporto fra iperglicemia ed e. p. sperimentale e quale fosse l'azione dell'insulina sull'e. p. sperimentale in animali normo ed iperglicemici.

Ricerche sperimentali.

Come animali di esperimento fu scelto il coniglio già da molti AA. usato per tale genere di ricerche. L'e. p. fu provocato con le iniezioni endovenose di cloridrato di adrenalina secondo la tecnica suggerita dai numersi AA., specie della scuola di Frugoni, che si occuparono in precedenza dell'argomento.

Eseguii dapprima un gruppo di ricerche di orientamento su conigli normali per saggiare la resistenza di questi animali, la dose di adrenalina sufficienti per provocare l'e. p., il modo migliore di provocare la iperglicemia e la quantità di glucosio necessaria per elevarla ad un dato livello.

Per queste esperienze furono usati circa quindici conigli.

Da queste esperienze di orientamento potei trarre dei dati che mi furono utili per le esperienze successive e che riferisco anche perchè credo possano essere utili per chi debba occuparsi dell'argomento.

Essi possono così riassumersi:

a) I conigli presentano una resistenza varia all'e. p. sperimentale da adrenalina, resistenza che non è solo in rapporto con l'età e il peso, ma anche, e in modo evidente, con la razza del coniglio; erano, infatti, tre i tipi di coniglio usati: a pelo grigio, a pelo cenere, a pelo nero. Ora, mentre a parità, naturalmente, di condizioni, quelli a pelo grigio si mostrarono più resistenti, quelli a pelo cenere erano sensibilissimi e quelli a pelo nero erano di media resistenza. Di ciò dovetti tener conto per le esperienze di confronto che poi riferirò.

b) I conigli si abituano alla adrenalina. Infatti, mentre in generale un coniglio dal peso medio di grammi 1700 moriva per l'iniezione endovenosa di ½ mmg. di adrenalina, potei, iniettando dosi progressive, fare tollerare a conigli dello stesso peso e tipo la dose di tre mmg. e ½ senza troppi disturbi. Questa osservazione è di evidente importanza dovendosi, come nel nostro caso, eseguire necessariamente varie esperienze di controllo in diverse condizioni, e deve essere tenuta presente per la valutazione di certi risultati.

d) Basta l'introduzione preferibilmente per via venosa di 25 cc. di soluzione glucosata al 20% per ottenere una iperglicemia del 2-2,5‰ e di 40-60 cc. della soluzione glucosata al 40 ‰ per ottenere una iperglicemia del 3,5-5 ‰.

e) Nonostante le citate variazioni, la dose sufficiente per uccidere un coniglio delle nostre covate di qualunque pelo e dal peso medio di gr. 1700 è di ½ mmg. di adrenalina (se, per le ragioni che ho detto, esso non era mai stato in precedenza trattato con tale sostanza).

Scelsi, pertanto, un gruppo di 20 conigli della stessa razza e dal peso medio di gr. 1700 e su di essi condussi le seguenti esperienze che, per ragioni di spazio e per chiarezza, riferisco a gruppi.

I.

Stabilito con le esperienze di orientamento che la dose di due decimi di mmg. di adrenalina non provoca mai l'e. p. nei conigli, provocai in 10 di questi animali l'iperglicemia (in cinque con l'iniezione endovenosa di 25 cc. di soluzione glucosata al 20 %, ottenendo delle iperglicemie dal 2 al 2,5‰, e in cinque con l'iniezione endovenosa di cc. 40-60 della soluzione glucosata al 40 %, ottenendo delle iperglicemie dal 4 al 5,25‰); iniettati poi lentamente endovena 2 decimi di mmg. di adrenalina. In nessuno degli animali si ebbe la comparsa dell'e. p.

Dopo alcuni giorni si ripetè negli stessi animali, previa glicemia (che fu sempre da 1 a 1,25 ‰) l'iniezione di due decimi di mmg. di adrenalina senza alcun effetto.

Negli altri dieci animali fu eseguito l'esperimento inverso e, cioè, iniezione dapprima di due decimi di mmg. di adrenalina e, dopo alcuni giorni, iperglicemia e successiva iniezione di due decimi di mmg. di adrenalina. Anche questo esperimento diede esito negativo, come era da prevedere e come risultava dalle ricerche di orientamento; anzi in base a queste, sarebbe stato, inutile, ma dovetti eseguirlo per assuefare gli animali a dosi superiori di adrenalina per la successiva esperienza.

II.

Gli stessi conigli subirono, alcuni giorni dopo, il seguente trattamento:

a 10 fu provocata l'iperglicemia con l'iniezione di 40-60 cc. di soluzione glucosata al 40 % endovena, e poi, dopo 10 m', furono iniettati endovena tre decimi di mmg. di adrenalina.

Agli altri 10, invece, furono iniettati, contemporaneamente, senza alcun trattamento preventivo, tre decimi di mmg., di adrenalina della stessa soluzione.

La maggior parte dei conigli tollerò bene questa seconda iniezione; alcuni ebbero leggera dispnea e qualche colpo di tosse; uno dei conigli normoglicemici, però, morì dopo 10 m' dall'iniezione con il quadro dell'e. p. (che fu

poi constatato all'autopsia); uno dei conigli iperglicemizzati ebbe tosse e forte dispnea dopo alcuni m' dall'iniezione di adrenalina; s'iniettarono subito 10 U di insulina ed ebbi l'impressione che essa abbia contribuito al successivo miglioramento dello stato del coniglio che non era, però, gravissimo. Anche al coniglio normoglicemico si praticò l'iniezione di insulina ai primi sintomi dell'e, p.; ma con risultato nullo.

Ai sopravissuti si praticò dopo cinque giorni, l'esperimento inverso; anche questa volta alcuni ebbero dispnea e qualche colpo di tosse, ma nessuno venne a morte.

III.

I rimanenti conigli (9 per gruppo perchè uno del primo gruppo fu tolto e usato per altre esperienze) subirono, dopo alcuni giorni, il seguente trattamento:

a 9 fu provocata l'iperglicemia con l'iniezione di cc. 40-60 della soluzione glucosata al 40 % endovena e, poi, dopo alcuni minuti, fu iniettata endovena ½ mmg. di adrenalina in 1 m'; agli altri 9 invece, fu iniettato ½ mmg. di adrenalina senza alcun preventivo trattamento.

Pochi conigli di entrambi i gruppi tollerarono bene l'iniezione; quasi tutti ebbero un po' di dispnea e qualche colpo di tosse, alcuni ebbero anche collasso e paralisi temporanea degli arti; tre dei conigli del secondo gruppo (non iperglicemizzati) morirono 5-15 m' dopo l'iniezione con il quadro dell'e. p. che fu poi constatato all'autopsia. A tutti questi conigli si iniettarono sotto cute od endovena 10-20 U di insulina ai primi sintomi dell'e. p. con risultati poco evidenti (uno solo sembrò migliorare, ma il miglioramento fu di breve durata). Anche ad alcuni conigli del primo gruppo (iperglicemizzati) che sembravano minacciati dall'e. p. furono iniettati sotto cute od endovena 10-20 U di insulina.

Alcuni di essi trassero da questo trattamento, un certo giovamento (che in un sol caso, fu proprio evidente); uno solo morì con il quadro dell'e. p. (che fu poi constatato all'autopsia), nonostante il trattamento insulinico.

Ad alcuni giorni di distanza si ripetè ai superstititi conigli il trattamento inverso, trattando, cioè, il primo gruppo come il secondo e viceversa. Uno dei conigli che era stato iperglicemizzato la volta precedente e che aveva dato solo scarsi segni di sofferenza, morì di e. p. nonostante l'iniezione di 15 U di insulina.

IV.

I rimanenti conigli subirono, dopo circa dieci giorni, il seguente trattamento:

ai 7 superstiti del primo gruppo fu praticata, con la solita tecnica, l'iperglicemia e, poi, dopo qualche controllo della glicemia che diede il solito risultato, fu iniettato endovena un mmg. di adrenalina in 1 m'.

Ai superstiti del secondo gruppo fu iniettato un mmg. di adrenalina in 1 m' senza alcun preventivo trattamento.

Tutti i conigli di entrambi i gruppi ebbero tosse, dispnea più o meno intensa, quasi tutti paralisi temporanea degli arti; alcuni sopravvissero senza alcun trattamento e migliorarono più o meno rapidamente; altri, data la gravità dei disturbi furono trattati con l'insulina (anche qui si notò un certo giovamento in quelli che avevano subìto l'iperglicemia). Tre di un gruppo e tre dell'altro morirono con il quadro dell'e. p. (che fu poi constatato all'autopsia), dopo 5-20 m' dall'iniezione di adrenalina; a tutti questi fu praticata l'iniezione di insulina, senza che però, si potesse in alcun modo, arrestare l'acuto decorso dell'e. p.; si ebbe in uno di quelli iperglicemizzati una remissione della sintomatologia che fu però di breve durata.

Nell'esperimento inverso fatto ad alcuni giorni di distanza, con la solita tecnica, morirono altri due conigli (1 per ciascun gruppo).

V.

I conigli superstiti (in tutti 4 essendo 1 morto di malattia intercorrente) furono trattati con dosi progressive di adrenalina alternando la iperglicemia come nei precedenti esperimenti.

Questi conigli resistettero fino alla dose di 4 mmg. di adrenalina; con questa dose morirono tutti di e. p. nonostante il trattamento insulinico.

A qualche coniglio di questo gruppo fu praticata l'iniezione di adrenalina e immediatamente dopo quella di insulina; questi conigli non mostrarono maggiore resistenza all'e. p. dei controlli trattati con sola adrenalina.

Dal complesso di queste esperienze mi pare che, pur facendo le dovute riserve per le ragioni anzidette, si possa concludere quanto segue:

a) l'iperglicemia non favorisce l'e. p. sperimentale; anzi, nel complesso, i conigli iperglicemizzati resistettero meglio dei normoglicemici alla provocazione dell'e. p. da adrenalina.

b) L'insulina non esercita una diretta azione antiedema, tuttavia mi sembra degno di attenzione il fatto che essa portò un miglioramento, in qualche caso notevole, in quei conigli che avevano subìto l'iniezione di glucosio prima di quella di adrenalina. Questo fu

particolarmente evidente in rapporto al fatto che i conigli normoglicemici colpiti da e. p. non ebbero alcun giovamento per l'iniezione di insulina. Ciò fa anche supporre che l'azione favorevole dell'insulina non fosse legata al noto antagonismo di essa verso la adrenalina.

In base a tali risultati, si deve escludere, dunque, che la ragione del rapido e così evidente miglioramento dei nostri pazienti fosse da ricercare nell'abbassamento della glicemia in quanto questa potesse favorire l'e. p.; infatti, nonostante le riserve che si possono fare per la necessaria diversità fra quella che è l'iperglicemia sperimentale e quella che è la iperglicemia diabetica che è accompagnata, naturalmente, da tutte le altre modificazioni che induce il diabete, le esperienze parlavano più per una azione contraria all'e. p. dell'iperglicemia che per una azione favorente. Nè, d'altra parte, si poteva pensare che l'insulina esercitasse un'azione antiedema con altro meccanismo, perchè questa azione non era stata evidente negli esperimenti sugli animali normoglicemici (vedremo poi come può essere interpretata l'azione favorevole di essa sugli animali iperglicemizzati).

Risolti, dunque, questi dubbi, mi parve potersi senz'altro accettare l'ipotesi ventilata in un primo momento, ma sulla quale eravamo rimasti incerti per la scarsità e la contraddittorietà dei dati bibliografici sull'influenza delle variazioni della glicemia sull'e. p.; avevamo, cioè, pensato che l'insulina avesse agito così rapidamente e favorevolmente perchè aveva permesso al miocardio di utilizzare rapidamente il glucosio del sangue e di superare, con ciò, la pericolosa crisi di insufficienza che lo aveva colpito. In favore di questa ipotesi stanno molti dati clinici e sperimentali. E' noto, infatti, che si è parlato da molti AA. di una astenia cardiaca dei diabetici, astenia che sarebbe dovuta al fatto che il miocardio di questi malati, come gli altri muscoli, fissa ed utilizza scarsamente il glucosio per deficienza dell'ormone insulare e, perciò, come gli altri muscoli, si indebolisce e atrofizza. Da qualche AA. sono stati anche descritti fenomeni di degenerazione semplice e grassa a carico delle fibre miocardiche. L'insulina, come si è detto, ha una azione complessa e in molti punti ancora oscura; senza entrare in particolari sulle varie teorie e ipotesi emesse al riguardo, ci basta di poter con sicurezza affermare che la sua azione fondamentale si esercita sulla utilizzazione del glucosio da parte delle cellule dell'organismo e sulla sua trasformazione e fissazione negli organi (fegato e muscoli) sotto forma di glicogeno. Non è ben noto il meccanismo con il quale essa esercita questa azione, ma gli studi sul lavoro muscolare dei diabetici hanno dimostrato che nel diabete leggero il lavoro muscolare è ben tollerato e sembra anzi giovare e diminuire il fabbisogno di insulina (Falta; Trousseau ecc.); nel diabete grave, invece, esso non solo è mal tollerato, ma fa aumentare la glicemia e la glicosuria (Simonson e Gollwitzer-Mayer).

Su quale sia l'azione dell'insulina sul miocardio degli individui normali e degli ammalati non diabetici non vi è accordo fra gli AA. perchè taluni pensano che l'insulina sia dannosa (diminuirebbe l''energia contrattile del cuore inducendo particolari alterazioni elettrocardiografiche), mentre per altri essa avrebbe addirittura una azione cardiografica (Bickel). Il problema è stato trattato da molti AA. sopratutto in rapporto alla utilizzazione della terapia insulina-glucosio dello scompenso cardiaco. E' noto che questa terapia ha avuto ed ha tuttora larga diffusione nella cura ausiliaria dello scompenso cardiaco e molti sono gli AA. che ne vantano l'efficacia (Pick; Bickel; Loeper; Guillaume; Macchioro; Benedetti ecc.). I presupposti teorici sui cui basano queste affermazioni che, del resto, sono convalidate dai risultati pratici, sono davvero di grande interesse. La grande importanza che ha il glucosio per la contrazione muscolare è cosa nota a tutti, ma il miocardio avrebbe un particolare comportamento in quanto, più degli altri muscoli, sarebbe in grado di immagazzinare grandi quantità di glicogeno sotto la azione dell'insulina (Cornick e Mac Leod). Importante è anche, a questo proposito, ricordare che è stato dimostrato che l'apparato primitivo del cuore è particolarmente ricco di glicogeno (Aschof) e che questa riserva di glicogeno diminuisce rapidamente sotto l'azione di una esaltata prestazione funzionale (La Franca). Anche il Michelazzi, poi, vide che a differenza del solo glucosio, l'insulina a forti dosi e l'insulina asciata a glucosio, inducono notevole aumento del glicogeno miocardico, mentre il glicogeno epatico non verrebbe modificato. Si spiegherebbe, con ciò, come i diabetici, per il difetto dell'insulina e per la conseguente scarsa utilizzazione del glucosio, possano presentare astenia muscolare in genere e miocardica in particolare. Negli animali affetti da diabete è stata, infatti, dimostrata sperimentalmente una diminuita capacità di consumo di glucosio da parte del miocardio (Aszodi).

La spiegazione, pertanto, della sindrome insorta nei nostri due malati mi pare possa essere la seguente:

In due malati affetti da diabete di una certa gravità, ma ignorato, dopo un pasto copioso, durante il periodo digestivo, il cuore, incapace di utilizzare il molto glucosio del sangue per la dificienza di insulina, aveva avuto un'improvviso collasso e perciò era insorto l'e. p.

Sarà opportuno ricordare, a questo proposito, che già altri AA. (Frerichs; Strumpell) avevano osservato morte improvvisa dei diabetici per acuta insufficienza di cuore da essi attribuita allo stato di flaccidità ed atrofia del miocardio, in rapporto, probabilmente, con la deficiente nutrizione generale di questi malati. Con il nome, poi, di coma cardiaco sono stati descritti nei diabetici stati di insufficienza acuta di cuore dovuti, secondo taluni, più a lesioni cardiache che al diabete (sclerosi, adiposi e sopratutto infarti per lesioni coronariche che sono, come è noto, di una certa frequenza nei diabetici). Accanto a questi casi, però, altri ne sono stati descritti di collasso cardio-vascolare in diabetici, che, come i nostri due pazienti, non presentavano dimostrabili lesioni cardiache. Le cause di questo collasso, caratterizzato da un rapido e molto notevole abbassamento della pressione arteriosa, non sono ben chiare (si è pensato all'insufficienza del cuore periferico, a una insufficienza surrenale acuta, alla disidratazione massiva ecc.). Si deve tuttavia rilevare che gli AA. che se ne sono occupati non hanno, a quanto ho potuto vedere, mai descritto un e. p. come complicazione di tale collasso. In molti altri punti poi la sintomatologia presentata dai nostri pazienti si differenzia da quella dei diabetici colpiti da collasso cardiovascolare (sopratutto il comportamento della pressione arteriosa); è inoltre da osservare che questo collasso cardio-vascolare rappresenta una complicazione tardiva del coma diabetico e che non è sempre favorevolmente influenzato dall'iniezione di insulina che, anzi, può talvolta aggravarne la sintomatologia (Boulin).

Le terapie che furono prima tentate nei nostri pazienti (cardiocinetici e, in particolare gli strofantinici) non ebbero alcun successo contrariamente a ciò che avviene, in generale, nei cardiopatici; in tali malati, infatti, essi hanno, specie le prime volte che si manifesta l'e. p. un successo rapido e talora meraviglioso. Questo mancato effetto si può forse spiegare con il fatto che questi glucosidi hanno bisogno, per agire, di trovare un miocardio ricco in glicogeno; è noto, infatti, che essi tendono a dare ipoglicemia e vengono, perciò, introdotti in soluzione glucosata ipertonica (Benedetti). Nel nostro caso avendo essi trovato un miocardio poverissimo di glicogeno, perchè incapace di utilizzare il glucosio del sangue, non avevano dato il minimo effetto.

Dal complesso, dunque, dei dati bibliografici, delle osservazioni cliniche e dei risultati delle ricerche sperimentali, mi pare si possa esser indotti ad affermare che sia da escludere una azione diretta della insulina sull'e. p.; la sua azione sarebbe indiretta e si eserciterebbe sul miocardio aumentandone la capacità di contrazione nel solo caso che esso sia incapace di utilizzare il glucosio del sangue per insufficiente secrezione pancreatica.

Ci sarebbe ancora da domandarsi perchè questa evenienza si verifichi così raramente nei diabetici. La spiegazione non è davvero, facile. Il singolare modo di manifestarsi del diabete nei nostri pazienti si potrebbe forse spiegare ammettendo, in via di ipotesi, una particolare meiopragia del loro miocardio nel senso, cioè, che esso esauriva rapidamente le sue riserve di glicogeno ed era, perciò, molto sensibile al deficit di insulina. Entrambi i nostri pazienti, infatti, non avevano lesioni, clinicamente dimostrabili, nè del miocardio, nè delle coronarie (è noto che queste sono relativamente frequenti nei diabetici e che possono favorire l'e. p.). Essi, poi, tollerarono molto bene alte dosi di insulina non solo, ma ne trassero rapido giovamento; ciò non sembra avvenire nei coronarici e nei cardiaci in generale nei quali, anzi, si consiglia l'uso prudente dell'insulina in piccole dosi e solo in caso di assoluta necessità perchè si è visto che essa può danneggiare il miocardio ammalato.

Soprattutto evidente è, a questo proposito, il primo caso che seguiamo tuttora da sei anni. Questo paziente, che nel passato non aveva mai avuto disturbi cardiaci, nonostante la vita movimentata e le frequenti escursioni in montagna, messo a dieta opportuna e trattato con insulina, può compire il suo lavoro come prima e può affrontare le salite senza alcuna sofferenza da parte del cuore (attualmente egli quando deve recarsi in montagna, la mattina, prima di partire, si pratica una iniezione di insulina di deposito e può, come ho detto, compiere regolarmente la sua fatica). La seconda paziente, invece, che per trascuranza non volle continuare la cura insulinica, ebbe un secondo attacco di e. p. e soccombette al terzo perchè nonostante che fosse stata avvertita, continuò a trascurare la dieta e la terapia insulinica e al momento dell'accesso non potè fare iniezioni di insulina. Anche essa, come ho detto, non presentava negli intervalli fra gli accessi alcun disturbo; all'esame obbiettivo non si

metteva in evidenza alcun dato patologico che potesse spiegare l'insorgenza dell'e. p. se si eccettua una certa ipertensione arteriosa (Mx 180 mn 95). Durante l'accesso la pressione arteriosa era: Mx 200 mn 100; si potrebbe, pertanto, fondatamente sospettare che anche la ipertensione arteriosa, sia per le lesioni miocardiche che essa determina, sia per l'ipertensione encefalica che l'accompagna, abbia contribuito a determinare l'e. p.; non bisogna, però, dimenticare che la paziente risentì prontamente dell'azione dell'insulina, cosa questa che non si sarebbe verificata se l'accesso ipertensivo fosse stato la sola causa dell'insorgenza dell'e. p..

Di un altro fatto si deve, infine, tener conto e che, cioè, il più delle volte, quando si esaminano le orine di un ammalato colpito da e. p. si ricerca l'albumina e non lo zucchero. E' perciò possibile che in qualche caso di individui colpiti da e. p. anche mortale e nei quali non si poteva dimostrare alcuna lesione particolare (e. p. criptogenetici; e. p. dei soggetti apparentemente sani) possa essersi trattato di e. p. in diabetici ignorati. Questo, naturalmente, in via di sola ipotesi.

RIASSUNTO

L'A. riferisce su due casi di edema polmonare insorto in ammalati affetti da diabete ignorato; la sindrome regredì rapidamente con la iniezione di insulina. In base anche a ricerche sperimentali, l'A. conclude che la rapida azione benefica dell'insulina fu dovuta al fatto che essa diede la possibilità al miocardio di utilizzare il glucosio del sangue, alla deficente utilizzazione del quale era, con ogni probabilità, dovuto l'improvviso collasso cardiaco e il conseguente edema polmonare.

BIBLIOGRAFIA.

ASCOFF. Citato da RONDONI.
ASZODID. Nel trattato di Medicina interna di MULLER.
BASILE. *Il diabete mellito*. Ed. Wassermann, 1937.
BENEDETTI. *Omnia Medica*, vol. XIX, pag. 215.
BICKEL. Schweiz. Med. Woch., I, 430-431, 1937.
BLUM. Compt. Ren. Soc. Biol., Parigi, giugno 1924.
BOGGIAN. Minerva Medica, n. 50, 1929.
BOULIN. La Presse Méd., n. 82, 1938.
BRENTANO. Klin. Woch., n. 2, 1939.
CECONI. Trattato delle malattie del ricambio. Ed. Min. Med., 1928.
ID. *Medicina interna*. Ed. Min. Med., vol. IV, 1936.
CORNICK e MAC LEOD. Citati da BENEDETTI.
DOGLIOTTI. *Il diabete e le glicosurie non diabetiche*. Ed. Vallecchi, 1939.
FALTA. *Die Zuckerkrankheit*. Ed. Urban und Schwarzenberg, 1936.
FISCHER. *Kolloidchemie der wasserbirdung-steinkopf*. Dresda, 1927.
FORTUNATO. Atti del XXXVI Congresso della Soc. It. di Med. Int. Ed. Pozzi, 1930.
FRERICHS. Citato da GASBARRINI nel Trattato delle malattie del ricambio di Ceconi.
FRUGONI. Relazione al XXXVI Con. della Soc. It. di Med. Int. Ed. Pozzi, 1936.
ID. *Diagnostica Funzionale*. Ed. Wassermann, 1941.
GILBET e THOINOT. Trattato di Medicina e Terapia. Utet, 1910.
HALDANE KAY e SMITH. Jour. of phisiol., 59, 193, 1924.
GUILLAUME. Citato da ZANCAN.
KLEIN e HOLZER. Citati da FRUGONI.
LACHMANN. Munch. Med. Woch., n. 44, 1942.
LAFRANCA. Arch. int. de Phisiol., 17, 1922.
LOEPER. Citato da BENEDETTI.
MACCHIARO. Rel. al XLII Con. della Soc. It. di Med. int., 1936.
MESSINI. Terapia clinica. Utet, 1940.
MICHELAZZI. Pathologica, XXIV, 487, 1932.
MONASTERIO. Nel Trattato di Diagnostica funzionale di Frugoni
PARSON. Fondamenti di Chimica biologica, I.S.M., 1937.
PICK. Citato da BENEDETTI.
PISA. Citato da FRUGONI.
RONDONI. Biochimica. Utet 1935.
RADNAI e WEISZ. Zeitsch. für Klin. Med., vol. 132, num. 3.
SALMON. Il Policlinico, Sez. med., n. 1, 1932.
SCHIASSI. *L'Insulina*. Ed. Cappelli, 1924.
SIMONSON e GOLLWITZER-MAYER. Citati da MONASTERIO.
STRUMPELL. Trattato di patologia speciale medica e terapia. Vallardi 1914.
TROUSSEAU. Citato da MONASTERIO in Diagnostica Funzionale di Frugoni.
VILLA. Bol. Soc. Med. chir. Di Pavia, 36-239, 1924.
ID. Il Ricambio idrico. Vallardi, 1932.
VILLA e GAVAZZENI. Il Policlinico, Sez. med., 1932.
ZANCAN. Min. Med., 29-71, 1937.
ZOIA. Citato da RONDONI.
WIDAL e Coll. La Presse Médicale, n. 54 1924.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Traumi cranici in Neuropsichiatria.

Psicosi post-commozionale su base metabolica in cranioplegico di guerra.

Per il Dott. STEFANO STEFANI,
già aiuto nella R. Clinica Neuropsichiatrica di Roma.
Tenente Medico di Complemento

Il caso che sto per illustrare presenta tale poliformismo clinico e medico-legale da poter essere preso in considerazione sia da chirurghi e internisti che da neuropsichiatri. Riassumo la storia clinica:

A Giuseppe, ammogliato; due figli con lievi tare neuropatiche; qualche tara neuropatica anche nel p., prima del trauma. Un nipote m. per diabete da giovane. Non lues, nè alcoolismo. Richiamato, il 13 novembre '18 ferito alla gamba da scheggia, caduto battendo l'occipite con contusione esterna e commozione cerebrale, oltre a trauma psichico per altro obice cadutogli prima vicino e non scoppiato. Inviato a casa dall'Ospedale Mil. presentava i seg. disturbi: facile esauribilità fisica e mentale, impossibilità di dedicarsi a qualsiasi lavoro; perdita della memoria; cefalea intensa. Nòn faceva nulla, talora era impulsivo, talora verbalmente pornografico. Non avrebbe allora sofferto di diabete. Dopo sette anni dal trauma (XI '25), ebbe periodo ansioso, malinconia, idee suicide e si gettò dalla finestra, riportando commozione generale, frattura delle costole, emitorace s., emorragia cavitaria. Fu trasferito prima al Manicomio, poi alla C.d.S.V.M. poi alla C.d.S.P.d.R. ove tuttora si trova. Il periodo ansioso dileguò gradatamente, restarono le allucinazioni periodiche, gli scatti impulsivi, l'abulia, l'apatia. Notevole indebolimento della memoria e paramnesie specie per i fatti di guerra. Amnesia completa per il trauma di guerra e per il suicidio. Idee persecutorie caotiche e assurde, su base illusoria e allucinatoria. Il 13 marzo '32 si notò balanopostite-cronica riacutizzata, curata l. a. Il 3 settembre '32 nefrite cronica con ipertensione, cefalea, albuminuria, curata con effetto con purghe e ipotensivi. Il 20 maggio '33 presenza di glucosio nelle urine, che poi rimase a periodi alternati; cura insulinica, ora con effetto, ora senza; talora semplice dieta con effetto. Pochi disturbi di origine diabetica: talora prurito, lieve dimagramento alternato con periodi di benessere. Ultimo esame o. praticato da me stesso: scheletro normale, trofismo buono, colorito roseo, pannicolo adiposo abbondante. Non cicatrici al cuoio capelluto e alla fronte. Nulla nell'apparato circolatorio, respiratorio, linfoglandolare, organi oddominali. Pupille miotiche, poco reagenti alla luce. Completamente negativo il resto dell'esame neurologico.

Esame psichico: qualche lacuna mnestica nella ripetizione delle parole più lunghe, che il p. cerca di evitare con lo scandire le sillabe. Notevole insufficienza nella memoria di fissazione alla prova delle parole ripetute (5 p.). Lento e talora indeciso il calcolo elementare mentale. Difficoltà nel rievocare fatti accaduti, o nel ripetere letture recenti, anche facili. Esauribilità facile dell'attenzione. Tendenza ad interpretare in senso persecutorio disturbi cenestesici o sensazioni dovute al suo stato di tossicosi diabetica. Se lasciato a sè stesso, si mantiene apatico, inerte; solo talora si occupa di qualche facile lavoro dell'azienda o lettura. I brevi periodi di eccitamento sono in indubbia relazione con disturbi psicosensoriali intervallari.

Epicrisi: predisposizione psicopatica ammessa dall'anamnesi. Di lieve entità la contusione cranica esterna. Importante il fatto della commozione cerebrale traumatica di guerra, i cui disturbi si presentarono con facile esauribilità, impossibilità di dedicarsi a occupazioni stabili; perdita della memoria, cefalea intensa (nel primo periodo); disturbi tutti di pretto tipo post-commozionale. Non si può nel p. parlare di una così detta neurosi traumatica, pur ammettendo l'esistenza di elementi psicogeni di indubbio effetto. Il *linimentum pecuniae* che al p. fu concesso *ad abundantiam* a suo tempo non modificò punto il carattere della psicosi.

Un fatto che spezza l'uniformità di questa è il periodo melanconico, con ansia, culminante nel tentato suicidio, accompagnato da un altro trauma non meno grave del primo (commozione generale, frattura delle costole, emotorace). Dileguati però gli effetti immediati di questo, la psicosi riprese il suo corso anteriore, senza presentare alcun carattere di progressività, come certi quadri demenziali. Anche in questo p. ci si manifesta pertanto una predestinazione psicopatologica, in un senso determinato, sotto un aspetto particolare, poco influenzata da incidenze ulteriori, anche gravi. Quadro psichico particolare, complicato, ma corrispondente appieno alle premesse costituzionali del p. Di tal quadro entra certo a far parte l'elemento glucosuria, rilevata in lui a quindici e, rispettivamente a otto anni di distanza dai traumi sofferti.

Glucosuria curata con l'insulina, ma non sempre dominata da questa; e assente, anche, in periodi di sospensione dell'insulina stessa.

La glucosuria si manifestò circa otto mesi dopo la comparsa, cura e scomparsa di una nefrite.

Molto discusso è il fatto della presenza o assenza della glucosuria nei neurotraumatizzati; v'è chi parla anche di un diabete traumatico di origine renale. Noi potremmo, in proposito, ricordare la nefrite che, nel nostro p., precedette di pochi mesi l'insorgenza o, almeno, la rivelazione della glucosuria. Anche la com-

mozione generale dovuta al tentato suicidio potrebbe essere notata a questo riguardo, giacchè i patologi ammettono che i traumi che colpiscono vari punti del corpo possono essere causa, almeno indiretta, di glucosuria. Anche i traumi psichici vengono citati in causa, come agenti patologicamente in tal senso; e il nostro p. ne ebbe due, a distanza di otto anni l'uno dall'altro. Anche gli psichiatri si sono occupati del trauma psichico in rapporto a fenomeni somatici, compresa la glucosuria (Bianchi, Zimmer, Lindsay, Ebstein, Le Melletier e altri). Si ammettono due forme di diabete traumatico, l'una precoce, l'altra tardiva, più mite questa e che nei suoi caratteri anche psichici, si avvicina a quella forma che si chiama diabete senile. A tal forma si avvicina appunto quella riscontrata nel nostro p. e che potrebbe, in più, essere stata influenzata da quei fatti nefritici, comparsi non molto tempo prima. Se noi pensiamo a quella che fu detta la soglia renale per il glucosio, e alla sua variabilità in rapporto alle varie affezioni del rene, troviamo che tutte queste complicazioni possono avere determinato nel p. degli effetti non trascurabili sia per l'origine della glucosuria, sia per il mantenimento e il decorso della sua stessa psicosi.

Su l'influenza del diabete sulle malattie mentali l'accordo tra psichiatri e internisti non è dei più completi: molteplici disturbi del S.N.C. sono notati nei diabetici: stanchezza, vertigini, cefalea, malumore, torpore... Pilz osservò dei casi di glucosuria anche in psicosi cicliche. Tutti sono d'accordo nel riconoscere la scarsa o nulla efficacia di una cura antidiabetica sul decorso di una malattia mentale. La questione delle psicosi su base, se non per causa, metabolica, appassionò anche gli antichi Maestri: Bumke e, particolarmente, Kraepelin se ne occuparono a lungo nei loro trattati, seguiti da altri AA. Tra gli autori recentissimi lo Yaskin non si discosta dalle opinioni degli antichi e Wilse Robinson jr. e Prior Shelton concludono che « l'imperfetto metabolismo degli zuccheri e degli amidi nell'organismo umano si riscontra spesso nelle persone affette da disturbi mentali e che a ragione esso può ritenersi una delle cause di questo stato anormale ».

È certo poi che le ricerche sperimentali e i reperti di autopsia hanno mostrato la frequenza di alterazioni istologiche nel S.N.C. in animali o pazienti trattati con l'insulina. Che lo stato psichico del nostro p. fosse influenzato anche dai ripetuti trattamenti insulinici, a me non è però dato di affermare. Solo noto che in lunghi periodi di puro trattamento dietetico, lo stato del p. non presentò peggioramenti di sorta. Apparve anzi talora un po' migliorato.

Concludiamo pertanto che: nel nostro p., presentante già tare neuropatiche, il trauma agì aprendo e tracciando la via a una vera e propria psicosi, i cui caratteri restarono identici a sè stessi fino ad oggi, dopo circa venticinque anni. L'aggravamento dei disturbi metabolici può essersi determinato in seguito al secondo trauma, ma un metabolismo per lo meno imperfetto dovette preesistere, nel p. anche a questo. L'azione tossica delle disfunzioni renali può avere aggravato tali disfunzioni metaboliche e sostenuto così indirettamente i disturbi psichici, senza però alterarne il carattere predestinato.

Premesso quindi che un trauma cranico può sviluppare speciali disturbi psichici verso quella particolare direzione tracciata dalla costituzione so-ematopsichica di ciascun p., della quale il metabolismo è un elemento di prim'ordine, riuniremo i disturbi del nostro p. sotto il nome di psicosi post-commozionale su base metabolica in cranioplegico di guerra. Si ripresenta pertanto anche qui quel principio a noi caro, che ciascuno nutre in sè i germi di quella malattia mentale a cui andrebbe incontro se agenti esogeni ed endogeni ne stimolassero lo sviluppo.

RIASSUNTO

Lo studio dei disturbi psichici di un p. traumatizzato di guerra e presentante alterazioni del metabolismo degli zuccheri permette all'A. di tornare sul concetto essenziale che ogni psicosi, anche se traumatica, si fonda su presupposti costituzionali variabili per ogni singolo paziente.

BIBLIOGRAFIA.

CIAMPOLINI A. *La diagnosi medico-legale della Nevrosi dei traumatizzati*. Roma, Pozzi, 1924.

RIZZATTI E. *La traumatologia del cranio e del cervello ecc.* Milano, S.P.E.M., 1935.

STEFANI S. *Epilessia post-traumatica generalizzata in adulto predisposto*. Policlinico, Sez. Pratica, 1941.

COLUCCI C. *Le complicazioni tardive e gli esiti lontani dei traumatismi cranio-cerebrali*. Atti del Civico Osped. di Tivoli 1933.

BUFANO M. e DE CANDIA S. *Sindromi metaboliche*. Milano, Bisleri, 1933.

BIANCHI L. *Trattato di psichiatria*. Napoli.

LE MELLETIER. *Diabete e glicosuria da traumi del S.N.C.* La Presse Médicale, riass. in Policlinico, Sez. Pratica, 1941.

COLANGIULI e BARENGO. *Soglia renale per il glucosio*. Arch. di Pat. Med., 1941, riass. in Policlinico, Sez. Pratica, 1941.

LEUBE G. *Diagnostica differenziale delle mal. int.* Milano, Vallardi.
BISWANGER U. SIEMERLING. Lehrbuch der Psychiatrie, 1904.
MINGAZZINI G. *Die diagnostischen Schwierigkeiten der Cephalalgien.* Warschau, 1929.
BUMKE C. *Lehrbuch der Geisteskrankheiten. Z.U.A.* Muenchen, 1924.
KRAEPELIN U. LANGE. *Psychiatrie*, N. A. Leipzig, B. II, 1927.
YASKIN C. *L'importanza del pancreas nei disturbi del S.N.* Medical Times, 1041, riass. in Policlinico, Sez. Pratica, 1942.

SUNTI E RASSEGNE

SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI

La malattia di Cooley.

(C. FERREIRA. *Amatus lusitanus*, giugno 1942).

L'anemia eritroblastica di Cooley o anemia eritroblastica mediterranea o talassemia o anemia splenomegalica emolitica con eritroblastosi tipo Cooley o più semplicemente malattia di Cooley, fu descritta da Cooley e Lee nel 1925.

I cinque casi di Cooley e Lee presentavano eritroblastosi, alterazioni radiologiche delle ossa e carattere razziale e familiare della malattia.

Sul principio ci fu una certa riluttanza ad ammettere questa nuova malattia specialmente da parte della scuola italiana che la riteneva una forma non caratteristica dell'anemia di v. Jacksh. Si riteneva allora che unico merito di Cooley fosse quello di aver descritto le alterazioni ossee che accompagnano questa malattia. Ma la malattia di v. Jacksh è un'amalgama di molte anemie secondarie con reazione normoblastica e splenomegalia.

Prima della descrizone di Cooley, Rautmann aveva usato la parola eritroblastosi per un caso studiato anatomicamente di anasarca feto-placentare, ossia ascite, idropericardio, idrotorace emorragie multiple e splenomegalia in cui c'erano numerosissimi elementi di aspetto linfoide che erano invece elementi immaturi della serie rossa. Il Rautmann ammetteva che l'idropisia fetale rappresentasse una proliferazione patologica del sistema eritropoietico e che questa proliferazione non era riparatrice. Questa opinione fu contrastata da Schriddle, che considera l'iperplasia secondaria ad un'anemia emolitica.

Giarke nel 1921 considerò l'ittero dei neonati come un'eritroblastosi con diffusione a diversi organi. Ci sono tre malattie a carattere familiare che si classificano come eritroblastosi. Esse hanno in comune l'epatosplenomegalia, l'anemia accentuata e la presenza di emazie nucleate nel circolo periferico. Si può anche avere ittero.

Di Guglielmo ha creato la denominazione di mielosi eritremica, che per la sua evoluzione si divide in forme acutissime (che comprendono quelle indicate più su) forme acute o malattia di Di Guglielmo (che è una mielosi sistemica, primitiva e irreversibile con focolai ematopoietici ectopici e con circolazione periferica di elementi nucleati e che Di Guglielmo paragona alle leucemie acute) e una forma cronica o anemia di Cooley, a cui si affianca l'anemia a cellule falciformi o a drepanociti, caratteristica della razza negra, e l'ittero emolitico congenito.

C'è però chi ritiene che le eritroblastosi del neonato non possano essere considerate come eritroblastosi croniche perchè sono reversibili.

La malattia di Cooley è considerata malattia a carattere razziale, perchè colpisce individui di razza mediterranea (italiani, greci, siriani, anche figli di immigrati in America). Nel 1938 l'A. pubblicò due casi in soggetti non certamente appartenenti a razze mediterranee e nel medesimo anno Bywaters vide un caso in un inglese e Forster in un cinese. Lo stesso Cooley ammise poi che si può avere la malattia anche in razze non mediterranee.

Il sesso e la posizione sociale hanno importanza.

Che si tratti di malattia familiare non c'è dubbio. Si discute però sulle modalità dell'ereditarietà.

L'inizio della malattia è sempre insidioso con manifestazioni non caratteristiche fra le quali la più importante è la perdita di peso. Si istituisce un pallore progressivo con aumento di volume dell'addome che contrasta col resto dello sviluppo. Per questo si è parlato di infantilismo ematologico o splenico.

La temperatura può essere elevata.

È difficile sapere se l'apparizione di eritroblasti nel sangue accompagna le prime manifestazioni della malattia o compare solo a malattia già iniziata.

La facies del malato è caratteristica e fu chiamata facies mongolica; ad essa si aggiunge un aumento di volume della calotta cranica. La facies non è mai una manifestazione precoce: essa compare dopo 1 o 2 anni di malattia.

Il cuore è alterato come in tutte le anemie.

L'apparato respiratorio non presenta nulla di particolare se si eccettua la facilità ad ammalarsi di polmonite.

Fegato e milza sono aumentati di volume.

L'apparato digerente mostra piccole perturbazioni gastriche senza particolare interesse.

Per quanto riguarda i reni ha solo forte urobilinuria.

Il sistema nervoso non presenta particolari alterazioni.

Rosenow ha dimostrato che la puntura del corpo striato, del talamo e dell'ipotalamo può dare leucocitosi ed eritroblastosi. Lesioni dello striato possono sperimentalmente determinare comparsa in circolo di cellule non mature e Castex ha localizzato nel diencefalo il centro dell'eritropoiesi.

Le alterazioni ossee sono un sintoma fondamentale il quale però può presentarsi tardivamente. Radiologicamente queste alterazioni hanno aspetto osteoporotico. C'è un'iperplasia midollare così spiccata, che questa può perforare la corticale. Queste alterazioni sono molto nette nelle ossa corte del metacarpo e metatarso. Comunque esiste un largo spazio midollare trasparente con trabecole e una corticale molto sottile. Le ossa possono essere aumentate di spessore per l'iperplasia della midollare. Questo aumento di spessore può dipendere anche da formazione secondaria di osteofiti ed è particolarmente evidente alle ossa zigomatiche. Tenendo conto dell'usura esistente, le fratture ossee sono rare.

Dal punto di vista ematologico è un'eritroblastosi con eritroblastemia caratterizzata da un notevole numero di emazie nucleate. L'eritroblastosi è un fenomeno permanente. Gli elementi nucleati appaiono in diversi stadi di maturazione: alcuni sono normoblasti ortocromatici con piccolo nucleo picnotico, altri sono elementi giovani immaturi con nucleo grande e protoplasma basofilo. Queste cellule sono discusse: per alcuni sono macronormoblasti, ma non ancora megaloblasti.

L'A. non ha mai veduto megaloblasti nel sangue periferico nè in quello midollare.

Gli eritrociti nella malattia di Cooley si possono considerare come paraeritroblasti, che, per Di Guglielmo sono cellule immature fortemente alterate nella loro struttura, con irregolarità di contorno dei nuclei e del protoplasma e con anomalie di struttura cromatica del nucleo. I paraeritrociti sono biologicamente diversi dagli eritrociti giovani e rappresentano un hiatus eritremico che separa la reazione normoblastica passeggiera dall'eritroblastosi persistente e irreversibile.

L'anemia progressiva del m. di Cooley è in dipendenza del numero degli eritroblasti ed è un'anemia a tipo ipocromico con anisocitosi, policromasia, basofilia e reticolocitosi.

La resistenza globulare non è diminuita, anzi a volte aumentata, a contatto con soluzioni saline, mentre certamente essa deve essere alterata, come dimostrano il colorito della cute, la bilirubinemia indiretta, l'aumento del metabolismo emoglobinico e i depositi di pigmento ferroso nei vari organi.

Piastrine, tempo di emorragia e tempo di coagulazione sono normali mentre c'è una leucocitosi con alcuni elementi immaturi. Nel periodo terminale si può avere invece agranulocitosi.

Il puntato sternale mostra iperattività midollare con enorme preponderanza dell'eritropoiesi (fino a 90 % di elementi nucleati della serie rossa).

Anatomopatologicamente la calotta cranica e le altre ossa piatte mostrano un notevole aumento della diploe con tavolato esterno molle. Le ossa zigomatiche hanno osteofiti (e questa è la causa della facies mongolica). Le ossa lunghe hanno una corticale così delicata che attraverso ad essa si vede la sostanza midollare. L'esame istologico delle ossa dà un'attività e una ricchezza di cellule rosse. In vicinanza dei vasi si hanno grandi cellule speciali con piccolo nucleo vescicolare con fini granulazioni e pigmento ferrico. Sono le cellule spongiose di Wipple.

La milza è notevolmente aumentata di volume con proliferazione connettivale e rari corpuscoli di Malpighi. La polpa rossa ha lo stesso aspetto del midollo, mentre il pigmento ha un comportamento speciale: negli endoteli non dà la reazione del ferro, nella polpa sì.

Identico aspetto si ha nel fegato.

Qual'è il concetto che ci si deve fare della malattia di Cooley? e cioè una proliferazione primaria atipica del tessuto eritropoietico o è un'emolisi primaria con proliferazione secondaria rigenerativa o si tratta per tutt'e due queste condizioni di conseguenza di una terza causa ignota?

L'eritroblastemia non si può considerare come un processo rigenerativo. Contro l'origine emolitica sta il fatto che la splenectomia di solito non dà miglioramento.

L'emolisi può essere spiegata come una diminuita capacità vitale delle emazie, già notata nell'osservazione di frammentazione delle emazie stesse e la causa, per alcuni, risiede in questa difettosa costituzione degli eritrociti. Wipple paragona questa malattia all'anemia perniciosa e ritiene che dipenda da deficienza del materiale necessario alla sintesi emoglobinica. Questa deficienza sarebbe secondaria ad alterazioni metaboliche che intaccano le ossa e dànno pigmento che non ha la reazione del ferro.

Per Lehndorff le alterazioni primitive emopoietiche sono l'espressione di una grave anomalia di tipo mutativo somigliante a quello che si osserva nell'ittero emolitico e falciforme. Si tratterebbe di una diatesi che si trasmetterebbe in una medesima famiglia attraverso individui sani e la sua apparizione si dovrebbe considerare come accidentale.

La malattia è accompagnata da alterazioni microchimiche degli eritrociti, specialmente nei riguardi dei lipoidi .

La causa ci è ignota, la sua patogenesi appena intravista.

La cura non è conosciuta. La splenectomia rappresenta per questi malati un intervento grave e di esito dubbio. Si conosce solo il caso di Stilmann in cui essa ha dato una sopravvivenza di 18 mesi. L.

Sull'insufficienza midollare essenziale.

(R. STODTMEISTER e P. BÜCHMANN. *Klinische Wochenschrift*, 13 agosto 1942).

Come insufficienza midollare essenziale gli AA. intendono tutti quei processi morbosi in

cui il midollo osseo non provvede o provvede in modo insufficiente alla formazione di cellule capaci di funzionare, sia se risulti insufficiente uno solo dei sistemi midollari (agranulocitosi, trombopenia ecc.) o diversi di essi, nonostante la diversità del quadro clinico di queste forme morbose.

L'insufficienza midollare essenziale rappresenta un'unità clinica a patogenesi sconosciuta che può manifestarsi con i seguenti diversi aspetti clinici: *a*) anemia aplastica; *b*) trombopenia (morbo di Werlhof); *c*) agranulocitosi; *d*) fanemocitopenie; *e*) leucemia mieloblastica; *f*) eritroblastosi acuta (morbo di Di Guglielmo).

Comune a tutte queste forme cliniche è una ipofunzione del midollo, che, se è facilmente comprensibile per le prime quattro di esse, deve essere chiarita per quanto riguarda la leucemia mieloblastica.

In tutte le dette forme cliniche (anemia aplastica, trombopenia, agranulocitosi, ecc.) è caratteristica la divergenza tra il reperto ematologico nel sangue periferico e nel puntato sternale; mentre nel sangue si riscontra una fortissima diminuzione di uno o più sistemi cellulari, nel midollo invece v'è una enorme ricchezza di cellule giovani del sistema colpito; il disturbo è dovuto ad un arresto di maturazione cellulare che il midollo cerca di superare aumentando enormemente la produzione delle cellule giovani, così da potere far giungere a maturazione un numero sufficiente di cellule. Si tratta quindi di una *iperplasia compensativa* che però, non ottenendo lo scopo, potremmo definire *frustrata*. Ordinariamente questo grande numero di cellule giovani è trattenuto nel midollo delle barriere ematiche e impedito così di passare nel sangue periferico; se tali barriere vengono superate, le cellule immature passano nel sangue e si ha allora il quadro della leucemia mieloblastica o della eritroblastosi acuta, a seconda del sistema cellulare colpito.

Il quadro clinico quindi è in relazione alla integrità o meno delle barriere ematiche fra midollo e sangue periferico; tanto è vero che se le barriere ematiche vengono superate solo temporaneamente, si osserva clinicamente un passaggio da una forma morbosa all'altra; si ha il cosiddetto *cambiamento di fase* per cui per es. da una agranulocitopenia si passa ad una leucemia mieloblastica e viceversa.

Questa forma di leucemia mieloblastica deve essere però tenuta distinta dalle leucemie mieloblastiche di origine tumorale e dalle crisi mieloblastiche nel corso di una leucemia mieloide cronica. *F. T.*

Proposta di un nuovo metodo per determinare il tempo di coagulazione del sangue. Studio dell'iperinosi pneumonica.

(L. GEDDA e L. ZAPPIA. *Lo Sperimentale*, 31 dicembre 1941).

Il metodo proposto è basato sul principio di Gessard usato per stabilizzare il plasma umano con aggiunta di soluzioni saline. Il plasma così stabilizzato conserva la possibilità di coagulare per effetto di una semplice diluizione con acqua distillata.

I metodi per determinare il tempo di coagulazione sono molteplici: quello di Vierordt, quello di Sabrazès e Santi, di Schultz, di Biffi, Schultz e Hilgenberg, quello di Bürker, quello di Fonio e di Mino, quello di Löwenthal, quello di Achard e Binet, quello di Milian, quello di Dake, quello di Moravitz, quello di Bierich e di Sahli, quello di Adler e Pollak, di Murray, di Mariani, di Pagniez, Ravina e Salomon, di Mas y Magro, di Hayem, di Schwab, di Brodie e Russel, di Galata, di Flandin e Tzanck, di Perrin e Hanns, di Grimberg, di Lampert e Aubertin, di Foster, di Agazzotti, di Hedenius, di Calandre, di Wolvins e Festen, di Gelera, di Bloch.

I metodi che si propongono di studiare il tempo di coagulazione sul plasma partono dal concetto fondamentale che il plasma normale contiene i fattori della coagulazione (protrombina, calcioioni, fibrinogeno) che, sottratti all'azione delle sostanze antiprotrombiniche e antitrombiniche presenti nel sangue circolante, producono la trombina (protrombina + calcioioni) e successivamente la fibrina (trombina + fibrinogeno).

Questi metodi richiedono una stabilizzazione reversibile del plasma, che si può avere per azione del citrato di sodio e dell'ossalato di sodio, che facendo precipitare i calcio-ioni presenti nel sangue impediscono la formazione della trombina e quindi della coagulazione. La coagulabilità viene poi ottenuta al momento opportuno mediante recalcificazione, cioè aggiungendo sali di calcio al plasma stabilizzato.

Metodi di stabilizzazione sono quelli di Howell-Gram al citrato di sodio e cloruro di calcio, quello di Dulière all'ossalato di sodio e cloruro di calcio e quello fotometrico di Lian, Frumusan e Sassier.

Il nuovo metodo proposto dagli AA. appartiene al gruppo dei metodi che rendono il plasma temporaneamente incoagulabile. L'incoagulabilità è ottenuta col metodo di Gessard, il quale ha dimostrato che l'aggiunta di soluzioni concentrate di cloruro di sodio al sangue totale inibisce la coagulazione e che il liquido separato dai globuli coagula mescolandolo a 9 parti d'acqua. Baroni utilizzò questo principio per ottenere, nelle culture in vitro, il plasma necessario a fissare mediante un coagulo l'espianto nelle scatole di coltura. Egli sostituì alla soluzione di cloruro di sodio una soluzione ugualmente concentrata di liquido di Tyrode.

Questo metodo ha il vantaggio di non togliere al plasma il calcio, come fanno i metodi precedenti.

Dopo alcuni tentativi con liquido di Tyrode gli AA. tornarono al principio originale di Gessard usando soluzione concentrata di cloruro di sodio.

La tecnica è la seguente. Il tempo di coagulazione si determina a digiuno, preferibilmente nella mattinata. Si punge una vena della piega del gomito con un ago di acciaio sterilizzato al calore in olio di paraffina senza praticare la stasi del braccio. Il sangue che defluisce si raccoglie in un tubo graduato da centrifuga contenente 4 cc. di soluzione di NaCl al 13,5% e si raccolgono 12 cc. di sangue, si capovolge il tubo per mescolare e si centrifuga rapidamente a fondo. Il sangue che rimane liquido al disopra dello strato corpuscolato viene pipettato e collocato in quattro provette nella quantità di 1 cc. per provetta e a ciascuno si aggiungono 3 cc. di acqua distillata. In questo momento comincia la valutazione del tempo. L'inizio della coagulazione corrisponde al momento nel quale il menisco superiore del liquido non segue più le inclinazioni della provetta e il termine della coagulazione corrisponde al momento in cui il coagulo diventa consistente ed opaco in modo, da non spostarsi per inclinazioni della provetta di 90°.

Potrebbe bastare una provetta sola; ma se ne allestiscono quattro perchè può succedere che i movimenti impressi al tubo all'inizio alterino i valori al termine della coagulazione. Nelle prime due provette si ricerca l'inizio, e nelle altre due il termine della coagulazione.

Con questo metodo i valori normali medii sono: inizio della coagulazione a 6', termine della coagulazione a 14'.

Gli AA. studiarono con questo metodo l'iperinosi dei polmonitici, cioè la accelerazione che essi presentano del tempo di coagulazione, confrontando i risultati con quelli ottenuti su gli stessi malati col metodo Fonio-Mino.

I due metodi corrispondono abbastanza bene e in qualche caso si sovrappongono esattamente. Nella maggioranza dei casi lo scarto fra un metodo e l'altro è così scarso da essere praticamente trascurabile.

Il nuovo metodo richiede un'apparecchiatura più semplice perchè nonchè la necessità di trasportare al letto del malato il piccolo termostato che si deve usare per il metodo Fonio-Mino e la ricerca si può fare in laboratorio più tardi.

L'iperinosi nei polmonitici è notevole, perchè il tempo di coagulazione è accellerato in tutti i casi in una misura che va dalla metà al terzo e anche meno del terzo del tempo normale. Questo accorciamento si stabilisce fin dai primi giorni di malattia e l'accompagna in tutto il suo decorso.

Per quanto riguarda il meccanismo patogenetico dell'iperinosi si possono avanzare due ipotesi. Si può pensare che per opera della malattia il fegato produca più fibrinogeno del normale oppure che si abbia una disidratazione del sangue donde l'aumento del peso specifico riscontrato nella polmonite. Si può anche ammettere una teoria che comprenda tutte e due quelle ora espresse, che cioè si abbia contemporaneamente un aumento della produzione del fibrinogeno da parte del fegato e un aumento relativo di esso nel sangue per l'impoverimento idrico.

L.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

STARLINGER F. *Fehler und Gefahren der Feldchirurgie.* Vol. di pag. 131. Editori Urban e Schwarzenberg. Berlino e Vienna, 1942, prezzo RM. 2,40.

Gli errori che possono essere commessi in ogni campo della attività umana sono, se conosciuti e giustamente interpretati, fonte di esperienza. Per quanto risultato di azioni negative ai fini dello scopo proposto, essi diventano utili per evitare di ripetere lo stesso errore. Utile opera ha compiuto Starlinger nel riunire in questo breve volumetto, uscito dalla grande Casa Urban e Schwarzenberg, gli errori e i pericoli che si incontrano nella organizzazione e nella pratica inerenti alla chirurgia di guerra. La grande attualità del tema lo rende particolarmente interessante, anche perchè è un libro coraggioso che affronta la parte negativa della chirurgia di guerra, e indica quali errori e pericoli incontra il chirurgo nello svolgimento della sua attività.

BENDANDI.

HANKE H. *Vitamine und Chirurgie.* Volume di pag. 308 con 20 fig. a colori nel testo. Editore Georg Thieme, Lipsia, 1943, prezzo RM. 14,70.

La scoperta delle vitamine è stata una delle più importanti fra quelle che sono state compiute negli ultimi trenta anni. E il loro studio e il loro impiego hanno occupato e occupano la scienza in un sempre rinnovato fervore di ricerche. Hanke presenta per i tipi dell'editore Thieme di Lipsia questo volume che contiene tutto quello che può interessare la chimica, la fisiologia la clinica delle vitamine nei loro rapporti colla chirurgia. Per ogni vitamina fin qui conosciuta sono in dettaglio riferiti tutti i dati con quella chiarezza e con quella precisione che è caratteristica dei trattatisti tedeschi. E non manca una documentazione bibliografica con citazione degli AA. italiani che hanno portato il loro contributo sotto vari aspetti allo studio delle vitamine. Il volume di Hanke è un tutto organico che assume il suo posto definito nella bibliografia chirurgica: un chiaro testo che contiene tutto quanto può interessare di sapere al lettore chirurgo sulle vitamine.

BENDANDI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA

Cause e cura del collasso.

Con la diagnosi di debolezza cardiaca vengono generalmente confusi due complessi sintomatologici che non hanno nulla a che fare l'uno con l'altro.

Uno dei quadri morbosi è determinato dalla vera debolezza cardiaca (ad es. vizio valvolare scompensato) ed è sintomatologicamente caratterizzato da cianosi, stasi venosa, edemi, dispnea, cuore dilatato, pressione arteriosa normale o aumentata.

L'altro quadro è determinato da insufficienza della circolazione periferica ed è caratterizzato da intenso pallore, volto emaciato, estremità fredde e umide, polso piccolo talvolta non palpabile, respirazione superficiale, obnubilamento della coscienza, apatia, vene non ingorgate, cuore piccolo, toni deboli, pressione bassa. Questo è il vero collasso.

Dopo avere insistito sulle differenze patogenetiche e sintomatologiche dei due stati W. Beiglböck (*Deut. Med. Wochenschr.*, 1941, n. 47 e 48) passa in rassegna le cause del collasso che sono le seguenti.

1. Gravi emorragie esterne.
2. Perdita di liquido dal sistema vasale:
   a) per perdite di acqua in seguito a diarree profuse (colera, dissenteria, ecc.) o a vomiti ostinati (stenosi pilorica, ileo, ecc.);
   b) per perdite abnormi di cloruro di sodio (vomiti, sudorazioni profuse, diabete ecc.);
   c) per perdita di albumine attraverso l'albero circolatorio in seguito ad avvelenamenti esogeni o endogeni (scottature, ecc.).
3. Perdita di sangue di alcune parti dell'organismo in seguito ad accentramento verso altre parti. Tale spostamento è determinato da influenze meccaniche, chimiche o nervose, le quali attraverso una paralisi vasomotoria provocano tutte ischemia cerebrale: collasso ortostatico, collasso tossico (alcole, cloroformio, etere, ipnotici, infezioni), collasso riflesso (dolore, spavento).

La terapia del collasso può essere:

1. *Meccanica*: sollevamento delle estremità inferiori (autotrasfusione).
2. *Termica*: con il riscaldamento esterno i capillari cutanei si dilatano ed il sangue viene sottratto dal territorio della vena porta.
3. *Eccitanti extracardiaci*: a) stimolanti del centro respiratorio (lobelina, anidride carbonica); *b*) stimolanti del tono muscolare (anidride carbonica, lobelina, adrenalina, stricnina, veritol).
4. Riempimento dei vasi mediante iniezioni di soluzioni saline o glucosate.
5. Lotta contro l'azotemia mediante la respirazione di ossigeno.
6. Eliminazione delle cause del collasso (narcosi, fame, digiuno, dolori).
7. *Eccitanti della circolazione periferica*: *a*) canfora e prodotti similari che stimolano i centri respiratorio, vasomotorio e del tono muscolare; *b*) stricnina che agisce sui centri midollari ed in particolare sul tono muscolare; *c*) adrenalina, simpatol, veritol e cortina che agiscono direttamente sui vasi periferici.

DR.

L'intossicazione del cuore da monossido di carbonio.

L'ossido di carbonio si lega alla emoglobina del sangue formando carbossiemoglobina; la gravità del quadro morboso è in rapporto con il grado di saturazione dell'emoglobina in ossido di carbonio. Piccole saturazioni provocano vertigine, cefalea, palpitazioni; quando la saturazione arriva al 50 % si ha perdita di coscienza. Saturazioni del 70-80 % provocano la morte. I sintomi dell'avvelenamento sono tutti dati dalla anossiemia. Ricerche elettrocardiografiche dimostrano, dice W. Breu (*Wien. Klin. Wochenschr.*, 30 ottobre 1942) che il cuore è interessato nell'87 % dei casi di intossicazione da monossido di carbonio. Le più frequenti alterazioni elettrocardiografiche si osservano alle oscillazioni terminali. Di fronte ad altre intossicazioni quella da monossido di carbonio si distingue per la frequenza dell'abbassamento del tratto intermedio e per le tachicardie sinusali. Questi segni di insufficienza coronarica sono determinati dalla anossiemia, sono caratteristici per la intossicazione da CO e sono rilevabili solo in I e in II derivazione; essi dimostrano quindi un danno prevalente a carico del ventricolo sinistro. Le alterazioni del tratto intermedio non compaiono contemporaneamente a quelle delle oscillazioni terminali.

Nelle intossicazioni acute da gas illuminante con alta percentuale di carbossiemoglobina e rapida eliminazione del CO dal sangue risp. guarigione, le alterazioni del tratto intermedio si manifestano subito nelle prime ore.

Nelle intossicazioni più prolungate, anche se la percentuale di carbossiemoglobina è scarsa, si manifestano gravi e difficilmente reversibili alterazioni delle oscillazioni terminali; esse si manifestano soltanto dopo 1-2 giorni, questo tipo si ha per lo più nelle intossicazioni da gas di carbone di legna.

P.

Considerazioni sull'endocardite lenta nei suoi vari aspetti eziopatogenetico, clinico e terapeutico.

G. Rettanni (*Gazzetta d. Osp. e d. Cliniche*, 2-9 agosto 1942) trae alcune considerazioni dall'osservazione di ventun casi di endocardite lenta. Dopo aver illustrato l'opinione dei di-

versi studiosi riguardo all'agente etiologico di questa malattia, conclude, in base all'esame della letteratura e dei suoi casi personali, che l'eziologia dell'endocardite lenta non possa considerarsi come dovuta allo streptococco viridans, anche se tale germe rappresenta l'agente eziologico più comune.

Riguardo alla patogenesi, che è stata pur essa oggetto di numerose discussioni, l'A. ha potuto notare che, nella quasi totalità dei casi, l'endocardite lenta è preceduta da una alterazione endocarditica, per lo più di origine reumatica; su tale endocardio malato possono ad un certo momento fissarsi i germi provenienti da un focus infettivo, molto spesso a sede tonsillare, anche se questi germi siano scarsamente virulenti per l'efficienza dei poteri difensivi umorali di un sangue che attraverso ripetute scariche batteriemiche, determinantesi per la presenza del focus, ha potuto elevare i suoi poteri immunitari; ciò spiega anche il decorso lento della malattia.

Dopo aver discusso i sintomi clinici dell'endocardite lenta, tra cui l'anemia da ritenersi legata soprattutto ad una insufficienza funzionale del sistema eritropoietico per un'azione tossica sul midollo a cui si può associare l'influenza di un fattore emolitico ma in misura modesta (come si ha sovente nelle tossi-infezioni), l'A. accenna alla terapia, purtroppo inefficace, propugnando l'asportazione del focus tonsillare nei soggetti già colpiti da reumatismo acuto o in coloro che denunciano frequenti episodi artralgici, e come tali cardiopatici in effetto o in potenza, giacchè ha potuto rilevare che non si è mai constatata l'insorgenza dell'endocardite lenta nei tonsillectomizzati, a cuore integro o leso. F. T.

Sulla localizzazione cardiaca del granuloma maligno.

A. Setzu (*Pathologica*, maggio 1942) descrive un caso di questa localizzazione in una donna trentaduenne che aveva clinicamente un linfogranuloma cervico-mediastinico con versamento pleurico destro. L'esame anatomo-patologico dimostrò che si trattava di linfogranuloma cervico-mediastinico-addominale con diffusione al pericardio, al polmone sinistro e alla milza con pleurite e pericardite sierofibrino-emorragica, epatosi e nefrosi e cicatrice da ulcera del bulbo duodenale con diverticolo duodenale.

Il primo caso di linfogranulomatosi cardiaca fu descritto da Schlangenhaufer. Vennero poi i casi di Kren, Mousson, Terplan e Mitterbach, Supino, Barone, Jordan, Schanslin e Staroff, Rimbaud, Bini e Parvis. La linfogranulomatosi cardiaca è sempre secondaria ad altre manifestazioni. Macroscopicamente si presenta come nodosità bianco-grigiastre o bianco-giallognole, di volume vario, isolate o confluenti. Nei riguardi della distribuzione si distinguono una varietà nodulare pericarditica, una varietà nodulare mioepicardica più o meno sporgente in cavità, una varietà miocardica o intramurale.

Dal punto di vista microscopico non vi sono rilievi particolari da fare: essa ha lo stesso aspetto istologico delle altre localizzazioni granulomatose.

Nel caso descritto dall'A., per la patogenesi, bisogna ammettere che l'inizio si sia verificato alle linfoghiandole della fossa sopraclaveare sinistra, e che da questa si sia avuta la propagazione alle linfoghiandole mediastiniche anteriori e posteriori e successivamente al pericardio. Per l'aspetto diffusivo che il linfogranuloma cardiaco presentava bisogna pensare poi ad una diffusione infiltrativa come se si trattasse di tessuto neoplastiforme, modalità di diffusione ammessa già precedentemente dal Micheli. L.

La pressione arteriosa nell'angina pectoris.

Dopo aver accennato alle discordanti affermazioni dei vari ricercatori sul comportamento della pressione arteriosa nella angina pectoris, E. Haakshorst (*Klin. Wschr.*, 11 luglio 1942) riferisce dettagliatamente un caso riguardante un commerciante di 45 anni, che, senza precedenti anamnestici degni di rilievo cominciò a soffrire improvvisamente crisi di angor che raggiunsero anche la frequenza di 25 al giorno. Il paziente nei momenti di calma aveva una pressione arteriosa di 125/80; al principio dell'attacco questa saliva a 155-165, poi a 170-180 e nel momento culminante della crisi a 150-160 mm. Hg. Le crisi anginose scomparvero improvvisamente il 5 ottobre del 1940, quando si verificò un infarto cardiaco; contemporaneamente si ebbe una distensione generale nel paziente che, da nervoso ed irrequieto che era, divenne calmo e tranquillo. Questo fatto deporrebbe per l'esistenza nell'uomo del riflesso ipertensivo di origine cardiaca trovato da Mc Dowal negli animali, giacchè l'eliminazione, per mezzo dell'infarto, dei rami coronarici punto di partenza dello stimolo scatenante, portò alla scomparsa delle crisi anginose dovute allo spasmo delle arterie coronarie. Inoltre il caso dimostra che l'attacco anginoso, più che a cattiva irrorazione di alcune regioni del cuore (come accade nell'infarto), trova la sua origine in una morbosa eccitabilità dei vasi coronarici. F. T.

Azione della febbre provocata sulla ipertensione arteriosa.

M. Del Dotto (Accad. Med. Pistoiese « Filippo Pacini », seduta del 17 ottobre 1942) rileva che l'accesso febbrile nella ipertensione arteriosa essenziale e sintomatica è un'arma abbastanza sicura ad effetto ipotensivo antiangiospastico superiore ai comuni sistemi terapeutici, oggi in uso. La durata massima dell'effetto

ipotensivo di una sola febbre è stata di 6 giorni. In genere l'abbassamento pressorio è maggiore a reazione termica più elevata e prolungata. Successivi accessi febbrili in uno stesso soggetto provocano spesso una maggiore sensibilità allo stimolo piretogeno ipotensivo. Gli ipertesi renali hanno avuto in media reazioni termiche basse o con scarsa risposta subiettiva. I pazienti dopo lo sfebbramento e per alcuni giorni (dopo di esso) hanno notato la scomparsa di tutte quelle sensazioni moleste provocate dalla malattia medesima quali i capogiri, il ronzio auricolare, gli scotomi, le parestesie, il senso di smarrimento e di peso alla nuca.

Il prof. Pisani prende la parola per richiamare l'attenzione sopra tre dati: il primo è che avendo fatto praticare determinazioni sfigmomanometriche durante le crisi vacciniche da antitifo, in un certo numero di tifosi ricoverati nel suo ospedale, ha notato che nel corso del brivido suole aversi una netta ascesa della pressione, mentre invece durante l'acme febbrile la pressione scende a cifre anche notevolmente inferiori a quelle abituali, con scarti tanto più marcati quanto più delicata era la situazione neurovegetativa dei pazienti, in perfetta armonia con quanto hanno constatato E M.. Müller e Petersen studiando l'equilibrio simpatico-parasimpatico sotto l'influenza degli esperimenti vaccinari aspecifici.

Il secondo è che durante la « febbre termale » la pressione si abbassa sempre; il terzo è che l'azione iposfigmizzante della autoemoterapia è tanto più netta, quanto più l'iniezione di sangue dà reazione febbrile. S.

Sulla terapia dell'ipertensione arteriosa essenziale.

H. Hochrein (*Medizinische Welt*, n. 19-20, 9-16 maggio 1942) considera l'ipertensione arteriosa essenziale conclamata come lo stadio ultimo di una serie di condizioni patologiche di varia gravità, ma del medesimo ordine, che egli riunisce tutte — ipertensione arteriosa vera e propria compresa — sotto l'indicazione nosografica di distonia neurocircolatoria.

I disturbi soggettivi e i segni obbiettivi della distonia neurocircolatoria vengono dall'A. classificati in tre stadi: uno precoce, senza ipertensione, ma nel quale un accurato esame clinico e particolari indagini diagnostico-funzionali (p. es. la capillaroscopia) possono svelare la tendenza agli spasmi dei piccoli vasi; uno iniziale, nel quale l'ipertensione si manifesta a crisi, transitoriamente; uno terminale, nel quale l'ipertensione è divenuta stabile.

Durante lo stadio iniziale è necessario tentar di ridurre o abolire lo spasmo delle arteriole, onde evitare il riprodursi delle crisi ipertensive; possono, secondo i casi, valere allo scopo alcune delle norme seguenti:

a) rimozione di foci infetti, che siano reparibili nei denti, nelle tonsille, nella prostata, ecc.;

b) eliminazione di fattori tossici esogeni, quali la nicotina, la caffeina, il piombo ecc. che favoriscono gli spasmi vasali;

c) dieta povera di carne e di sale; cura di digiuno;

d) bagni parziali, ginnastica respiratoria, cure climatiche;

e) cure medicamentose: preparati bromici e barbiturici; sedativi di origine vegetale; eventualmente preparati opoterapici.

Con tali accorgimenti terapeutici, variamente integrati e corretti secondo i singoli casi, si riesce spesso, intervenendo precocemente, a ricondurre la pressione arteriosa a valori stabilmente normali.

Nello stadio tardivo, invece, quando cioè l'ipertensione è fissa e più o meno costante, non si riesce più a farne calare gran che il livello. Del resto, date le alterazioni delle pareti vasali — in particolare la diminuita elasticità — ormai costituitesi in questo stadio della malattia, l'ipertensione può esser considerata in certo modo come un meccanismo di compenso, dal punto di vista dell'emodinamica circolatoria: occorre quindi tendere non tanto a far calare la pressione arteriosa quanto a mantenere efficiente l'attività cardiaca, la capacità funzionale del miocardio.

Gli ipertesi che si trovano nello stadio da Hochrein detto terminale devono quindi esser considerati e curati come cardiopazienti. Si devono perciò allontanare i fattori esogeni che possano danneggiare il cuore e adoperare quei medicamenti che favoriscono l'irrorazione e la nutrizione del muscolo cardiaco: glucosio, estratti di organi e altre sostanze dilatatrici delle arterie coronarie.

Assai spesso è necessaria la somministrazione di piccole dosi di digitale per lunghi periodi, da alternare eventualmente con un trattamento strofantinico.

Tutto ciò non provoca un abbassamento della pressione arteriosa, la quale si mantiene costante e spesso anche aumenta ulteriormente; ma le sofferenze soggettive diminuiscono, lo stato generale migliora, la capacità lavorativa aumenta, per cui si vedono malati, così curati, con pressione massima di 250 mm. Hg e più, rimanere per anni in condizioni di salute e di attività più che discrete.

La prognosi dell'ipertensione arteriosa essenziale è quindi assai meno sfavorevole di quanto non si pensasse una volta: occorre diagnosticare precocemente e prevenire, nei soggetti predisposti, l'instaurarsi di un'ipertensione stabile; occorre inoltre prendere nella dovuta considerazione e combattere quali fattori se anche non causali, almeno concorrenti e indicatori dello stato diatesico, le varie disfunzioni endocrine, l'obesità ecc.; occorre infine studiare in modo completo ogni singolo caso clinico per adattare convenientemente ad ognuno le norme terapeutiche ora esposte.

A. B.

NOTE DI TECNICA

Un metodo semplice di colorazione del parassita malarico.

G. Maniscalco (*Riv. di Mal.*, nov.-dic. 1942), date le difficoltà che attualmente s'incontrano per rifornirsi della soluzione colorante Giemsa, nonchè di alcole etilico e metilico e di glicerina, preconizza un metodo dimostratosi molto utile per la colorazione dei parassiti malarici, realizzando con spesa irrisoria e con unica soluzione, una colorazione analoga alla May-Grünwald-Giemsa, conseguendo buoni risultati negli strisci, precedentemente fissati e nella goccia spessa e presentando inoltre, su altri metodi all'acqua, il vantaggio di una costante colorazione in rosso della cromatina, l'assenza di precipitati e la conservazione per lunghissimo tempo della soluzione policroma.

Si prepara una soluzione con g. 5 di blu di metilene medicinale in cc. 250 di acqua distillata entro una capsula di porcellana e si aggiungono cc. 25 di ammoniaca pura, si scalda su bagnomaria sino alla totale evaporazione dell'acqua ed essiccamento del residuo che, dopo raffreddamento, si raschia e si polverizza in un mortaio di vetro. Si ottiene un miscuglio di violetto ed azzurro di metilene praticamente puri.

Si preparano le seguenti soluzioni:

A) Violetto ed azzurro di metilene ottenuti come sopra g. 0,25;
Acqua distillata cc. 25.

B) Blu di metilene medicinale g. 0,15;
Acqua distillata cc. 25.

C) Eosina solubile in acqua g. 0,25;
Acqua distillata cc. 25.

D) Resorcina pura g. 25;
Acqua distillata cc. 25.

E) Fosfato bisodico g. 20;
Acido acetico glaciale goccie 50;
Acqua anche di fonte cc. 1000.

Le soluzioni di eosina e resorcina è meglio allestirle separate, al fine di una più lunga conservazione.

Per l'uso si prendono cc. 5 della soluzione E e cc. 35 di acqua anche di fonte e vi si aggiungono 4 goccie di A, 4 di B, 4 di C e 4 di D; tale quantità è sufficiente per una vaschetta di Choplin, assai comoda per la colorazione contemporanea di molti preparati; si colora per mezz'ora e si lava in acqua corrente. Il potere colorante si conserva per circa una giornata. F. J.

MEDICINA SCIENTIFICA

L'acido piruvico nel sangue nell'edema da carenza.

L'interpretazione patogenetica dell'edema da carenza si va modificando attraverso le osservazioni raccolte recentemente in vari Paesi stranieri. Un numero della Révue Belge des Sc. Méd. del 1942, contiene numerosi lavori in cui vengono esaminati i vari aspetti della malattia, sia dal punto di vista clinico, che dal punto di vista fisicochimico.

Nel sangue di questi ammalati è costante uno spiccato aumento del tasso di acido piruvico (Devis e Simonart, luogo citato, pagina 325) segno importante, benchè non specifico, di carenza di vitamina B_1, essendo noto che questa vitamina concorre alla metabolizzazione della ac. piruvico, in quanto cofermento della carbossilasi.

Nell'edema da carenza, sia a digiuno che durante il lavoro, la piruvicemia raggiunge valori molto elevati che non possono essere interpretati altrimenti che come segno di carenza di vit. B_1, benchè iperpiruvicemia si osservi anche in soggetti sani, non edematosi, se la dieta è deficiente di lipidi o contiene un eccesso di glicidi.

La somministrazione di vit. B_1 si è dimostrata utile sia per favorire l'assimilazione dei glicidi e impedire l'iperpiruvicemia, che per eliminare gli edemi.

Queste osservazioni invitano a riprendere in esame i rapporti fra edema da carenza e forme fruste, oligosintomatiche, prevalentemente edematose di Beri-beri. M. COPPO.

VARIA

Luigi Braille.

Luigi Braille nacque a Conporay, nelle vicinanze di Parigi, il 4 gennaio 1809; perdette la vista a 3 anni; nel 1816 entrò nell'Istituto dei ciechi di Parigi e quivi si dedicò allo studio di un sistema di scrittura per i ciechi e compilò, su questo tema, un manuale, « Procedimento per scrivere all'uso dei ciechi ». Estese il procedimento alla musica, mediante una notazione caratterizzata dalla semplicità. Nel 1838 pubblicò ancora un'aritmetica per i ciechi.

Mediante l'applicazione del sistema Braille i ciechi possono oggi acquistare una vasta cultura letteraria, scientifica, tecnica e una completa conoscenza della musica. Il ricordo del Braille va dunque giustamente venerato: egli fu uno dei grandi benefattori dell'umanità.

R. P.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

M. FERRERO. *La leucotomia prefrontale transorbitaria alla Fiamberti e sue indicazioni*. Tip. Nobili, Pesaro, 1942.

A. GEMELLI e C. TRABATTONI. *Un elettroencefalografo a penna scrivente a inchiostro per uso clinico*. Roma, 1942.

A. M. FIAMBERTI. *Inizio, sviluppo e indirizzo dei servizi d'igiene e profilassi neuromentale nella provincia di Varese*. Tip. Combattenti, Siena, 1942.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Se l'esercizio professionale del medico condotto, nell'ambito della condotta, sia libera attività professionale.

Il quesito può apparire superfluo. Tutti i medici condotti, infatti, si sono sempre sentiti e si sentono liberi professionisti nel campo dell'esercizio professionale prestato nei confronti degli abbienti. Anche noi siamo della stessa opinione; ma riteniamo che si debba darne ragione non essendo sufficiente la sola convinzione generale che il medico, anche nella sua condotta, è libero professionista nei rapporti degli abbienti.

Ragioni di dubbio possono sorgere dall'articolo 4 del testo unico delle leggi sanitarie approvato con R. D. 27 luglio 1934, n. 1265, il quale stabilisce che i sanitari condotti, oltre che dare l'assistenza medico-chirurgica ai poveri, hanno l'obbligo di prestare la loro opera anche ai non aventi diritto alla assistenza gratuita, in base alle speciali tariffe che sono all'uopo proposte per ciascuna provincia dall'Associazione sindacale giuridicamente riconosciuta, competente per territorio, e approvate dal Prefetto.

Si è esattamente notato che l'obbligo del sanitario condotto di prestare assistenza anche agli abbienti è uno dei particolari aspetti della istituzione della condotta attraverso la quale il Comune provvede all'assistenza sanitaria di tutti gli abitanti, assicurando ai poveri l'assistenza gratuita ed agli abbienti l'assistenza a pagamento. In sostanza, il medico condotto, quando cura l'abbiente della sua condotta, compie sempre un atto del proprio ufficio, in quanto a tale prestazione è vincolato dalla legge per dovere nascente dal rapporto di impiego. Perciò si è ritenuto che il sanitario inadempiente sia responsabile penalmente quando si verifichino le condizioni previste dall'art. 328 codice penale, e disciplinarmente.

Da queste premesse, si potrebbe dedurre che, nell'ambito della sua condotta, il medico agisce in dipendenza del rapporto di impiego e non nella condizione di libero professionista, giacchè in tutti i casi egli manterrebbe la sua figura di dipendente comunale; anche in quelli in cui ha diritto ad un corrispettivo dalla persona assistita.

Si potrebbe aggiungere che la tariffa indicata nell'art. 4 della legge sanitaria ha carattere molto diverso dalla tariffa nazionale delle prestazioni medico-chirurgiche, approvata con decreto del Capo del Governo 7 agosto 1937, n. 2061. La tariffa nazionale stabilisce i compensi minimi; le tariffe provinciali per i medici condotti dovrebbero stabilire compensi fissi. La tariffa nazionale è sostanzialmente diretta alla tutela dei professionisti; le tariffe provinciali tendono più che altro alla tutela degli utenti del servizio del medico condotto. Da ciò si potrebbe desumere che il compenso del medico condotto non è un corrispettivo della libera attività professionale, per la quale il medico è autorizzato a pattuire i suoi compensi col rispetto del minimo stabilito dalla tariffa nazionale, ma è un corrispettivo stabilito dalla pubblica autorità per l'opera professionale prestata dal medico condotto in dipendenza del proprio ufficio.

Sono intuitive le conseguenze della esclusione della attività professionale libera. Anzitutto, ne sarebbe modificata la tradizionale figura del medico condotto, che si è sempre sentito libero professionista, e da questo sentimento ha tratto le più vive e le più fresche energie per compiere quei miracoli di abnegazione e di sacrificio, che costituiscono i titoli della imperitura gloria della condotta medica in Italia. Se il medico condotto, nella sua condotta, non dovesse essere mai considerato libero professionista, generalmente mancherebbe la ragione pratica della iscrizione nell'albo professionale dei medici e del Sindacato, eccettuati i casi di esercizio fuori della condotta. Ma specialmente per moltissime condotte rurali, faticose per se stesse e lontane da altri centri, l'esercizio professionale in altra condotta è eccezionale.

Sostanzialmente, poi, quasi tutta la prestazione sarebbe chiusa nel rapporto di impiego.

Ma questa concezione non ci sembra giustificata, per varie ragioni. Anzitutto, l'art. 4 del testo unico non può essere interpretato nel senso della efficacia esclusiva e necessaria delle tariffe speciali, tutte le volte che il medico condotto cura un abbiente. Questi ha diritto alla prestazione; ma ciò non esclude la possibilità di rapporti professionali che prescindano dall'obbligo del medico e si basino sulla fiducia che il medico gode come professionista e sulla libera scelta. In altri termini, il medico condotto ha l'obbligo della residenza e della cura di tutti nella sua condotta; ma ciò non esclude che, quando la prestazione non sia esplicazione di questo obbligo specifico, il medico condotto svolga attività professionale libera.

E per questo motivo, anche se eserciti esclusivamente nell'ambito della condotta, deve essere iscritto nell'Albo dei medici. Se invece

(Continuazione alla pagina seguente).

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

(*Seguito della* Politica sanitaria *dalla pag. prec.*).

fosse considerato dalla legge un impiegato, quando esplica l'attività dovuta a chiunque, entro l'ambito della condotta, l'iscrizione all'albo dei liberi professionisti sarebbe generalmente senza causa.

È da ritenere, pertanto, esatta la concezione tradizionale che considera il medico condotto sotto due aspetti inseparabili e connessi; dipendente comunale o consorziale e libero professionista. Ed è opportuno che questa seconda figura resti sempre ben nitida, non solo nell'interesse dei medici ma sopratutto ai fini della rigogliosa vitalità della condotta medica, che costituisce uno dei cardini fondamentali dell'organizzazione sanitaria comunale.

Cronaca del movimento corporativo.

La Società mutua di soccorso dei medici chirurghi del Piemonte.

Malgrado le difficoltà inerenti allo stato di guerra, questa Società ha realizzato un notevole incremento nell'annata ora decorsa. I soci effettivi ammessi sono stati 44, il che ne porta il numero totale a 329. Le nuove iscrizioni alla Cassa libera di malattie, che è alle dipendenze della Società e di cui possono far parte, anche senza esser soci, tutti i medici residenti nel Piemonte, sono state 47, portando il numero degli assicurati a 268.

I medici attempati sovvenzionati furono solo 6, per L. 5100; a vedove di soci defunti furono assegnate L. 11.000; gli assicurati vitalizi, in numero di 6, percepirono L. 6875, cifra diventata del tutto esigua in rapporto al rincaro della vita: il Consiglio si è posto il problema di elevarla. La Cassa libera di malattie ha svolto un'attività relativamente cospicua, corrispondendo L. 30.670 per 931 giornate di malattia a 20 iscritti; la detta somma copre quasi per intero gli introiti, che sono stati di L. 31.331. La direzione ha portato allo studio ulteriori perfezionamenti. La segreteria della Società (via Po 18, Torino) è a disposizione di tutti coloro che vorranno informazioni o delucidazioni.

CONCORSI

Concorsi a premi.

Premio « Tommaso De Amicis »

È bandito il concorso per il Premio « Tommaso De Amicis » per l'anno 1943-XXI da conferirsi all'autore del miglior lavoro presentato sopra un argomento di stretta attinenza alle discipline dermosifilopatiche.

Il premio, indivisibile è costituito dal reddito totale netto dei titoli di Stato al 5 % intestati alla fondazione De Amicis esistente al 28 ottobre dell'anno in cui è bandito il concorso.

La designazione del premio sarà fatta in occasione della riunione annuale della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia: nel caso che per ragioni di forza maggiore non si potesse tenere la seduta generale annuale, le attribuzioni devolute all'assemblea potranno essere svolte dall'ufficio di Presidenza della Società stessa.

I lavori presentati al concorso dovranno essere inediti, a stampa o copiati a macchina, e dovranno essere inviati entro il 30 giugno 1943-XXI al Segretario della Società, dottor Vincenzo Montesano, Roma, piazza Campo Marzio 3, in plico raccomandato con le indicazioni, sotto pena di nullità, del nome, cognome, residenza ed indirizzo dell'autore e corredato dai documenti comprovanti l'appartenenza dell'autore stesso alla razza ariana, risultante da certificato di nascita rilasciato in data posteriore al 10 marzo 1939, e la sua iscrizione al Partito Nazionale Fascista nell'anno in corso. I lavori inviati dopo la suddetta data e non forniti dei dati e documenti di cui sopra non saranno presi in esame.

I lavori presentati al concorso e non premiati non si restituiscono.

Fondazione « Ernesto Pestalozza ».

Presso la R. Università degli studi di Roma è bandito un concorso al premio triennale della Fondazione « Ernesto Pestalozza » per lavori nel campo dell'ostetricia e della ginecologia.

L'importo del premio è di L. 7.700 al lordo delle sole ritenute erariali, e sarà conferito al miglior lavoro pubblicato per le stampe, nel triennio 1943-44-45, da cittadini italiani laureati in medicina e chirurgia in Università italiane, i quali non appartengano alla razza ebraica e siano iscritti al P.N.F. o al G.U.F. Detto lavoro deve trattare argomenti che rientrino nel tema stabilito dalla Commissione: Cancro dell'utero.

Domande d'ammissione e documenti all'Ufficio Fondazione e Premi, non più tardi delle ore 12 del 20 gennaio 1946-XXIV.

Fondazione « Girolami ».

Presso la R. Università di Roma è aperto un concorso a due premi della Fondazione « Giuseppe Girolami » a favore di studenti di medicina e chirurgia in Roma. L'importo dei due premi è di L. 625 ciascuno, al lordo delle sole ritenute erariali, sarà assegnato alle due migliori tesi di laurea in medicina e chirurgia, che saranno discusse nelle sessioni ordinarie d'esami — estiva e autunnale — del corrente anno accademico 1942-43-XXI.

A parità di merito sarà preferito il candidato nativo di Foligno.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Ernesto Bertarelli, ordinario d'igiene nell'Università di Pavia, è stato chiamato alla direzione di « Sapere », il noto e apprezzato periodico di diffusione culturale.

Il Führer e cancelliere del Reich Hitler, su proposta del Ministro dell'interno del Reich dott. Frick, ha nominato presidente dell'Istituto Roberto Koch il dott. Gildemeister, che ne era vice-presidente.

NOTIZIE DIVERSE

Cliniche e ospizi di Milano trasferiti per sfollamento.

Il problema dello sfollamento s'è posto, per ovvie ragioni, anche a istituti di cura, ospedali, ricoveri, case d'assistenza che, per speciali circostanze, o per non poter disporre di rifugi solidi e sufficientemente vasti, hanno dovuto provvedere alla incolumità delle persone loro affidate.

Fra le altre istituzioni, hanno lasciato Milano l'Asilo materno di viale Piceno e la Maternità di via Macedonio Melloni, entrambi dipendenti dall'Amministrazione provinciale. Le due istituzioni si sono trasferite a Mombello, in alcuni padiglioni nuovissimi entro i quali gestanti, puerpere e neonati possono dormire i loro sonni tranquilli.

Pure la Clinica ostetrico-ginecologica « Mangiagalli » di via Commenda va parzialmente trasferendosi. Essa ha trovato una sistemazione a Salice Terme, in quel convalescenziario intitolato « Carta del Lavoro », che accoglieva i risanati della Clinica del Lavoro di via San Barnaba, e per il quale, prima caldeggiandone il progetto e quindi curando la sua realizzazione, tante delle sue nobili energie spese il compianto sen. prof. Devoto. Gli istituti di via Commenda vi hanno mandato parte dei bambini della Clinica pediatrica e delle ammalate del reparto ginecologico. Vi è pure stata creata una « sala parti » per gestanti e puerpere. È però in esame un piano di maggiore sviluppo per utilizzare pure l'istituto « Eugenio Diviani ». L'accettazione delle degenti resta ancora in via Commenda, però la Maternità dispone di un torpedone per il trasporto delle malate a Salice Terme.

La clinica ostetrico-ginecologica, la clinica pediatrica e la clinica del lavoro, continuano a funzionare regolarmente e lo sfollamento è limitato a una parte dei ricoverati e in particolare ai bambini e ad alcune gestanti e inferme ginecologiche.

Un altro istituto sfollato è quello dei Rachitici, di piazza Cardinal Ferrari. Esso ha mandato una parte dei suoi malati nell'Ospedale di circolo di Cantù e nella villa che esso possiede a Lezza di Porlezza, sul lago di Como. La visita e l'accettazione degli ammalati avvengono ancora in piazza Cardinal Ferrari. Gli ammalati bisognosi di ricovero (abbienti, a carico di Enti), a criterio della Direzione sanitaria, potranno essere smistati nell'una o nell'altra delle citate località.

Per gli ammalati oftalmici, i quali per interventi chirurgici hanno bisogno di particolare tranquillità, l'Istitto oftalmico di Milano, che è anche sede della Clinica oculistica della Regia Università, ha organizzato a Erba, presso la casa di salute « Sacra Famiglia » dei padri Fatebenefratelli per gli uomini e all'ospedale Roscio per le donne, un reparto oculistico, nel quale potranno essere ricoverati anche ammalati abbienti. La visita e l'accettazione degli ammalati avvengono sempre presso l'amministrazione dell'Istituto oftalmico di via Castelfidardo, 15.

Sono stati sfollati anche vari istituti di beneficenza.

Per la rieducazione dei mutilati.

In occasione della nascita della Principessa Beatrice, la Banca d'Italia, unitamente agli enti ad essa collegati, ha fatto pervenire all'augusta Madre, Principessa di Piemonte, una cospicua elargizione in denaro perchè potesse distribuirla tra le opere che più particolarmente la interessano.

Di questa somma la Principessa ha destinato, a mezzo del podestà, sen. G. G. Gallarati Scotti, cinquecentomila lire per la Fondazione al suo nome intitolata, per la rieducazione dei mutilati di guerra agricoltori. Come si sa, la Fondazione sorgerà a Mirabellino, ove i lavori procedono alacremente per la realizzazione dell'iniziativa voluta e fondata dalla Principessa.

Lezione del prof. Maks Samec.

Nell'Aula Magna dell'Istituto Superiore di Sanità, il prof. Maks Samec, direttore dell'Istituto di Chimica dell'Università di Lubiana, ricevuto dall'Eccellenza prof. Domenico Marotta, direttore generale di questo Istituto, ha tenuto una lezione su: « I processi enzimatici dell'amido in rapporto alla sua costituzione ».

Il chimismo dell'amido e la demolizione di questo con gli enzimi diastasici è oggi, in via di massima, chiarito. La molecola dell'amido rappresenta nel suo complesso un poliglucosano nel quale i singoli resti glucosici sono legati fra loro da legami glucosidici in posizione 1-4.

Tale molecola ha la forma di una spirale di varia lunghezza. Essa è nota sotto il nome di amilosio. In un'altra modificazione della sostanza amidacea è data la molecola ramificata e precisamente trattasi delle catene laterali legate al carbonio 6. Questa forma dell'amido viene chiamata amilopeptina, eritrosostanza e simili. Ad essa appartiene pure il glicogeno. La forma ramificata dell'amido si trova nelle patate ed altre piante simili a questa parzialmente esterificata con l'acido fosforico nel carbonio 6; nel frumento ed in altre piante simili essa è combinata con una sostanza contenente azoto e fosforo, probabilmente di natura fosfatidica. In alcuni amidi la sostanza amidacea è combinata con gli acidi grassi; in altri forse esterificata con l'acido silicico.

Gli enzimi diastasici sono di due gruppi. Uno agisce intaccando la molecola dell'amido all'estremità non aldeica dando luogo a formazione di maltosio nella forma (—amilasi). Questa amilasi si chiama amilasi saccarogena. L'altra amilasi scinde la molecola dell'amido e dopo idrolizza i prodotti della scissione. Questa milasi si chiama amilasi destrinogena.

Gli amidi che non hanno catene ramificate (l'amilosio) si scindono sotto l'azione di ambo le amilasi, gradatamente e completamente in maltosio. Le forme ramificate reagiscono con l'amilasi saccarogena solo in modo da perdere tutte le catene laterali dando luogo alla formazione di legami anomali 1-6. Attaccando tali legami anomali, per esempio, coll'α glucosidasi, l'amilasi saccarogena può esercitare ancora la sua azione.

In questi ultimi tempi si è riusciti a realizzare la sintesi dell'amido per via enzimatica e ciò dal glucosio fosfato mediante gli enzimi che si trovano nel pisello.

In onore di Maynert.

La Sezione di neurologia e psichiatria della Società medica viennese, col concorso dell'« Opera tedesca per le ricerche », ha costituito una borsa di studio, per una volta tanto, in memoria di Teo-

doro Meynert, allo scopo di promuovere lavori nel campo dell'anatomia, della fisiologia e della fisiopatologia secondo le direttive del Meynert. Per informazioni rivolgersi al segretario del Gruppo (Schriftführer der Fachgruppe für Neurologie und Psychiatrie der Wiener Medizinischen Gesell. schaft, Assistent Dr. H. Reisner, Wien 71, Lazarettgasse 14, Universitäts-Nervenklinik), non oltre il 15 aprile. L'assegnazione dello stipendio sarà fatta il 15 giugno, in occasione del centenario della nascita di Meynert.

Commemorazione del prof. Berretta.

Il 15 marzo, nella sede della Clinica odontoiatrica dell'Università di Bologna, è stata tenuta, alla presenza dei rappresentanti del Senato, dei principali enti scientifici italiani e delle autorità cittadine, una solenne commemorazione del sen. prof. Arturo Beretta, fondatore dell'Istituto clinico per le malattie della bocca, direttore della Clinica odontoiatrica e già preside del'a Facoltà di medicina e chirurgia dell'Ateneo.

Dopo il rito religioso in suffragio dell'estinto il prof. Edmondo Muzi ha tenuto una dotta commossa commemorazione dell'insigne scomparso illustrandone l'opera scientifica, didattica e umanitaria. Quindi è stato scoperto un busto marmoreo di Arturo Beretta. La benedizione è stata impartita da mons. Guizzardi, vescovo ausiliare del cardinale di Bologna.

Un po' dovunque.

La Principessa di Piemonte ha visitato i feriti di guerra ricoverati negli ospedali della Croce Rossa « 23 Marzo » a Napoli e di Torre del Greco; ha anche ispezionato il servizio delle infermiere volontarie.

La Sezione triveneta della Società italiana di dermatologia e sifilografia ha tenuto la sua 16ª riunione il 28 febbraio a Venezia, nella divisione dermosifilopatica dell'Ospedale civile. Sono state fatte 23 comunicazioni.

Il Führer della Sanità del Reich ha costituito un'« Opera del Reich per la difesa dalle malattie dei denti, della bocca e delle mascelle », sotto la presidenza del prof. Euler di Breslavia e con la cooperazione di numerosi Istituti universitari.

Si è costituita un'« Opera del Reich per la medicina del lavoro e delle professioni », sotto la direzione del dott. W. Bockhacker.

In Germania si è stabilito che gli appartenenti alla professioni sanitarie dovranno portare dei distintivi: i medici l'emblema rumenico in rosso; i medici dentisti la lettera Z (iniziale di Zahnarzt) in rosso sull'emblema rumenico; i dentisti la lettera D (dentista) in nero sull'emblema; e così via.

Il Consiglio ministeriale per il benessere del Reich ha vietato l'introduzione di nuove specialità farmaceutiche. Verrà fatta eccezione per prodotti che segnino un progresso reale della terapia.

In Francia il Ministero del Lavoro ha aggregato due medici; il capo dello Stato, Maresciallo Pétain, ha nominato capo del suo gabinetto il proprio medico.

A Jaffa, Tel Aviv, Haifa e altre località della Palestina si è manifestata la peste fra le truppe eterogenee raccolte dagli anglo-americani. Le autorità hanno ordinato limitazioni negli scambi commerciali, la vaccinazione antipestosa del'a popolazione nelle località colpite e l'abbattimento delle case in legno.

Il prof. C. Levaditi ha organizzato un corso sugli ultravirus, dal 22 marzo al 14 aprile, nell'Istituto Alfred-Fournier di Parigi, da lui diretto.

Le signore Ida Gambi e Brigida Magnoli hanno nominato erede universale dei loro cospicui patrimoni l'Ospedale Maggiore di Milano.

Apprendiamo che, nel suo viaggio per via aerea a Casablanca Churchill volle un solo compagno, il medico: sir Charles Wilson, presidente del Reale Collgio dei medici di Londra.

In un'incursione aerea su Napoli ha perduto la vita il dott. Ettore Sasso, apprezzato radiologo.

Il dott. Giovanni Preve di Alfonsine, sorpreso ad ascoltare, nella sua abitazione, la radio Londra, è stato condannato dal Tribunale di Ravenna a 6 mesi di reclusione e 6000 lire di multa.

In una farmacia di Roma la inserviente, Francesca Sugamele, sessantaduenne, travasava una damigiana d'alcole denaturato, quando le sfuggì dalle mani il recipiente, che si ruppe lasciando spargere il liquido; ella venne colta da grave malore e, malgrado le cure apprestatele, è morta intossicata dai vapori d'alcole e del denaturante.

È comparso al Tribunale di Firenze, Enea Giannandrea, nato a Pescara e residente a Firenze, impiegato presso l'Istituto farmaceutico di Castello. Il Giannandrea doveva rispondere di omicidio colposo in persona del'a operaia Nella Ugolini. La Ugolini, come avemmo già a riferire, aveva chiesto a un compagno di lavoro un purgante e questi recatosi alla farmacia aveva girato la richiesta al Giannandrea che per errore consegnava invece un medicamento contenente cloruro di bario, sostanza venefica che ingerita dalla Ugolini, ne provocava la morte. Il Giannandrea è stato condannato a 6 mesi di reclusione e al risarcimento dei danni.

Una contadina del veronese, ricoverta d'urgenza nell'ospedale San Biagio a Bovolone per un parto distocico, preferì sacrificare la propria vita, per salvare quella del nascituro, che fu il suo nono figlio.

In Moravia due uomini che percorrevano una via di campagna, presso Ungarisch-Hradizet, mentre nevicava, sono rimasti vittime di un avvelenamento determinato da minerali salini trasportati dal vento e caduti con la pioggia, provenienti dall'Asia minore, ove erano stati rimossi da un recente terremoto. All'autopsia i minerali furono riscontrati nelle vie aeree.

Il dott. Heinrich Grote ha tenuto a Parigi una conferenza sulla protezione de'la salute pubblica nel Reich nazional-socialista.

Si compie quest'anno il 4º centenario della nascita di Andrea Vesalio.

A Roma il vigile del fuoco Dante Ghilardi, sebbene ferito nello scontro fra un motofurgone da lui condotto ed un filobus riusciva a condurre a termine la missione affidatagli di portare all'Ospedale di Santo Spirito alcune fiale di sangue destinato ad una trasfusione urgente.

Il Ministero dell'Interno del Reich ha nominato un gruppo di esperti per l'esame delle questioni relative alla discendenza razziale. Esso comprende i proff. Gieseler, Reche, v. Verochned e Löffler. Gli interessati devono rivolgersi unicamente alla « Deutsche Gesellschaft für Rassenforschung » (prof. Gieseler, Schloss, Tübingen).

È morto a Napoli, in età di 57 anni, il prof. ALBERTO BOTTI, capo-divisione presso quell'ufficio d'igiene e sanità. Egli contribuì efficacemente all'organizzazione dell'Associazione nazionale italiana fascista per l'igiene, la quale fu presieduta dallo Sclavo e ora lo è dal De Blasi. Promosse attivamente gli ambulatori per tubercolotici. Ha svolto altre azioni nel campo sociale

È deceduto a Bordeaux, carico d'anni, il prof. JULES SABRAZÈS, che vi tenne a lungo la Cattedra di Anatomia Patologica e microscopia clinica. Fu anche lungamente primario del Reparto contagiosi nell'Ospedale « Pellegrin ». Coltivò con passione i lavori di laboratorio: nella ematologia è divenuta classica la sua tecnica di colorazione al blu di metilene.

Durante gli ultimi tempi la sua attività si era concentrata nella direzione del laboratorio dei Centro anticanceroso. Dirigeva il « Journal des Sciences Médicales de Bordeaux ».

È deceduto a Montpellier, ad oltre 80 anni, il prof. ÉMILE FORGUE, il quale fu clinico chirurgo in quell'Ateneo. Era reputato insegnante. Notissimo è il volume pubblicato nel 1939 assieme al prof. Aimes: « Trabocchetti della chirurgia »; grande successo ha pure ottenuto il suo recentissimo volume: « Vita della chirurgia ».

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME L Roma, 5 Aprile 1943-XXI Num. 14.

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER L'ANNO 1943

Singoli:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 100	L. 145
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . . .	L. 70	L. 80
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile) .	L. 70	L. 80

Cumulativi:	Italia	Estero
(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . . .	L. 155	L. 210
(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 155	L. 210
(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chir.) .	L. 200	L. 275

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 7; della PRATICA L. 5.

I numeri, che vengono tutti scrupolosamente spediti, se non reclamati entro un mese dalla loro pubblicazione, si rinviano soltanto a pagamento.

L'importo dell'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato, *senza tassa* nel Conto corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. 5

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
E DI TERAPIA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. CESARE FRUGONI.

Poliradicolonevrite tipo "Guillain-Barré" recidivante durante la gravidanza.

Dott. EUSEBIO PULITANÒ, assistente vol.

Sebbene la casistica di questa sindrome sia già numerosa, il caso che riferiremo, presenta un certo interesse sia per il decorso, come per le particolari condizioni in cui si è verificato.

Guillan, Barré e Strohl nl 1916 descrivendo due casi di radiculonevrite con iperalbuminosi nel liquido cefalo rachidiano hanno individualizzato questa sindrome con un proprio quadro nosologico. Si succede nello stesso anno il caso descritto da Marie e Chatelin; e da allora i casi si sono susseguiti e sono stati segnalati anche casi a tipo epidemico oltrechè in Europa, in Africa ed Asia; nel 1937 al Congresso di Bruxelles tale sindrome è stata riconosciuta e prima di passare alla descrizione del nostro caso accenniamo brevemente al quadro morboso di questa sindrome.

Per quanto frequente fra i 20 e 50 anni, non risparmia però i bambini e nemmeno le persone più anziane; colpisce ambedue i sessi, l'inizio è quasi sempre improvviso, spesso fatti di faringo-tracheo-bronchiti, turbe addominali, cefalea, reazione meningea sotto forma di contrattura dei muscoli vertebrali specialmente al tratto dorso lombare con dolori talvolta intensissimi, con o senza qualche puntatina termica, dolori e parestesie agli arti specialmente inferiori, a cui succede progressivamente debolezza con tali disturbi della motilità che in pochissimi giorni si raggiunge una vera paralisi degli arti interessati, e successivamente possono essere colpiti anche gli arti superiori; sono stati descritti anche casi in cui sono stati interessati i nervi cranici, special-

mente facciale, trigemino, oculomotori ecc.) ed in relazione alla localizzazione della paralisi si distinguono varie forme:

a) una prima forma, la più frequente, in cui le paralisi si verificano nel campo spinale (forma inferiore o spinale);

b) una seconda forma, meno frequente, in cui le paralisi si verificano contemporaneamente nel territorio spinale ed ai nervi cranici, specialmente il VII, VI, V (forma mista spinale mesencefalica);

c) una terza forma, rarissima, dove i nervi interessati sono soltanto i cranici specialmente in forma di diplegia facciale (forma superiore o mesencefalica);

d) una quarta forma con disturbi mentali, rarissima e molto discussa.

Carattere comune a tutte queste forme e di fondamentale importanza per la diagnosi è il reperto del liquor, con netta dissociazione albumino-citologica nel senso di un aumentato contenuto di albumina che può raggiungere anche cifre elevatissime (18 ‰, V. Bogaert), mentre il numero delle cellule è normale, positive le reazioni per le globuline, negative le reazioni per la lues, spesso liquor lievemente xantocromico, pressione praticamente normale, nessun arresto alla discesa del lipiodol iniettato per via sottoccipitale e negativa la prova di Queckenstedt per cui si esclude un blocco; la reazione al benzoino colloidale in molti casi dà un'aumentata precipitazione in zona meningitica; nel sangue in qualche caso è stata riscontrata leucocitosi neutrofila; gli sfinteri ano-vescicale possono anche essere transitoriamente interessati; i muscoli colpiti si presentano generalmente non molto flaccidi, pochissimo atrofici, rivelano una ipoeccitabilità diffusa alla corrente galvanica e faradica e spesso sono sede di contrazioni fibrillari e mioclonie. La sensibilità è turbata ed oltre alla sintomatologia dolorosa spontanea con la quale inizia la malattia, si hanno anche dolori alla compressione dei muscoli ed alla compressione e stiramento dei tronchi nervosi interessati. Molto compromessa la sensibilità profonda tale da dare alle volte un quadro di atassia pseudotabetica; i riflessi tendinei e periostei sono assenti ed alle volte (raramente) anche nel campo dei muscoli non paralizzati, mentre i riflessi cutanei hanno un comportamento variabile. Il decorso della malattia è di durata abbastanza varia e secondo alcuni da qualche settimana a qualche mese; la prognosi, nonostante la sintomatologia paralitica imponente, è favorevole e salvo la mancanza dei riflessi tendinei che alle volte può durare anche per vari mesi (in un caso di Guillain, i riflessi tendinei erano assenti fino a 5 anni dopo), si ha la restitutio ad integrum; eccezionalissimi i casi con interessamento dei nervi bulbari in cui la prognosi può essere infausta.

Anatomopatologicamente, dato il decorso difficilmente mortale della malattia, i reperti si limitano a quei pochi casi dove l'exitus si è avuto per l'estendersi del processo al bulbo oppure per malattia intercorrente.

Il Balduzzi nel suo caso non ha riscontrato alcuna lesione a carico dei visceri e del sistema nervoso se si eccettuino le radici spinali, e specialmente le lombari sia anteriori che posteriori, dove è stato rilevato « nessun fatto infiammatorio, ma soltanto una notevolessima congestione vasale che ha portato a rottura delle pareti capillari con numerosi spiccati stravasi sanguigni ». Gilpin, Moersch e Kernohan della Clinica Mayo non hanno riscontrato al reperto autopsico di due casi venuti a morte nessuna nota infiammatoria, ma soltanto delle alterazioni alle radici dei nervi periferici a tipo edematoso e qualche lievissimo fatto infiltrativo a carico delle meningi.

Passiamo al nostro caso che per l'interpretazione eziopatogenetica cui può prestarsi, per consiglio del Prof. Corelli, descriviamo:

L. Maria, di anni 36, da Castelgandolfo, casalinga, sposata con prole; nulla di notevole nel gentilizio.

Anamnesi fisiologica: normale la nascita ed i primi atti della vita, regolare sviluppo fisico e psichico, mestruata a 18 anni, vive in ambiente salubre, corrette abitudini di vita, buon appetito, non ha mai abusato di alcoolici, non fuma; otto gravidanze di cui le prime sette regolarmente a termine e l'ultima risoltasi in aborto al II mese il 9 luglio 1942; dei nati il primo ed il penultimo sono morti subito dopo il parto, gli altri cinque sono in perfetta salute.

Anamnesi patologica: ha sofferto dei comuni esantemi dell'infanzia; a 16 anni anemia di natura non precisata, guarì regolarmente in seguito a cure ricostituenti e successivamente ha sempre goduto ottima salute se si eccettuino i disturbi su cui riferiremo.

Durante la 5ª gravidanza, verso il IV mese, senza alcuna apparente causa ha incominciato ad avvertire dei dolori in sede lombosacrale ed astenia agli arti inferiori, non rialzo termico; questi dolori non avevano particolri irradizioni, non erano continui, duravano ad ogni attacco 5-6 giorni, alle volte erano così acuti e l'astenia e pesantezza agli arti inferiori alquanto notevole, per cui non era possibile alcun movimento e tali da obbligare la paziente a letto; non cefalea, non vomito, nè tosse, nè dispnea od altri particolari segni patologici; tali suddetti disturbi sono scomparsi completamente dopo il parto.

La medesima sintomatologia di cui sopra si è ripetuta anche durante la VI e la VII gravidanza sempre verso il IV mese, però, mentre dopo la

VI gravidanza ogni disturbo era scomparso dopo del parto (come per la V gravidanza, invece la sintomatologia dolorosa lombo-sacrale e l'astenia e pesantezza alle gambe comparse durante la VII gravidanza, qesta volta non è scomparsa dopo del parto, che è avvenuto, senza nessuna complicanza, il 23 settembre 1941; anzi circa un mese dopo (verso la fine di ottobre 1941) i dolori lombosacrali si sono fatti più acuti, lancinanti, incominciarono a propagarsi prima all'arto inferiore sinistro e dopo 15 giorni anche al destro; entrambi gli arti incominciarono ad essere sede di formicolii, man mano diventavano sempre più pesanti, non era più possibile la stazione eretta dato il dolore e l'astenia agli arti inferiori, per cui il 20 novembre successivo fu costretta a mettersi a letto, istaurandosi una paresi agli arti inferiori. La sintomatologia dolorosa si accentuava sia con il ponzare, che il tossire, non ha mai accusato vomito, lieve cefalea, non rialzo termico, non dolori di gola, nè altri segni patologici, alvo e minzione regolari. Non notando alcun miglioramento il 26 novembre 1941 si è fatta ricoverare in un reparto ostetrico, da dove, dopo pochi giorni di degenza, e cioè il 2 dicembre 1941 è stata trasferita nella nostra Clinica.

Esme obbiettivo: soggetto fortemente sofferente, in condizioni generali di nutrizione e sanguificazione piuttosto scadute, di normale costituzione scheletrica, sistema muscolare tonico-trofico e *soltanto un po' flaccido agli arti inferiori.* Pannicolo adiposo piuttosto scarso; cute un po' pallida, asciutta e nessuna manifestazione patologica a carico di essa, non strie meningitiche del Trousseau, non edemi; mucose visibili di colorito roseo pallido, sistema linfatico indenne; decubito supino; espressione del volto indifferente, sensorio libero, psiche integra; polso radiale ritmico, frequenza 80, valido, sincrono con l'itto; non febbre, non dispnea.

Capo: cranio di volume e forma normale, indolenti alla pressione i punti di fuoriuscita dei nervi cranici, normale la mobilità dei muscoli mimici, bulbi oculari mobili, simmetrici, sporgenti come di norma, indolenti, non segni patologici; presenti i riflessi congiuntivale e corneale; pupille isocoriche di normale grandezza, ben reagenti; nulla di patologico a carico del naso ed orecchio; lingua umida, detersa, ben sporta, non deviata nè tremula; dentatura buona, tonsille ed ugula in ordine.

Nulla di patologico a carico degli apparati respiratorio e cardiovascolare e così per quanto riguarda l'addome che è trattabilissimo, indolente; organi ipocondriaci nei limiti; nulla di patologico a carico delle logge renali.

Sistema nervoso: Psiche bene orientata, linguaggio normale. Nulla da segnalare ai nervi cranici, modesto Körnig, evidente Lasègue. Nulla di notevole a carico degli arti superiori; i movimenti del tronco ridottissimi modesta rigidità nucale; l'ammalata in decubito supino, riesce a stento, e se aiutata, a mettersi seduta sul letto.

A carico degli arti inferiori: paralisi ed ipotonia muscolare, trofismo buono. Molto alterata la coordinazione dei movimenti, netta dolenzia alla pressione dei tronchi nervosi.

Sensibilità: sia la tattile, come la termica e la dolorifica sono normali, accusa solo modesto formicolio agli arti inferiori.

Riflessi: aboliti i rotulei e gli achillei, e gli addominali superiori sono difficilmente provocabili. Tutti gli altri riflessi sono normali.

Esami speciali:

Nulla di notevole nelle urine.

Sangue: Hb 70; globuli rossi 3,900.000; v. glob.: 0,80; globuli bianchi 10.600; granulociti: neutrofili 74- Eosinofili 6, monociti 5, linfociti 15; serie rossa normale; R. Wassermann, Meinicke, Kahn negative; cutireazione alla tbc. lievemente positiva; pressione arteriosa Mx. 130, Mn. 70.

Liquor c. r. quantità estratta 8 cc., pressione iniziale 40, finale 10, aspetto lievemente xantocromico, albumina gr. 2,50 ‰ (Sicard), reazioni di Pandy e Nonne Appelt nettamente positive +++; Reaz. Wassermann neg.; cellule per mmc. 2,4. Queckenstedt normale (si ha aumento della pressione del liquor premendo le vene giugulari).

Fondo oculare normale in ambedue gli occhi.

Radiografia colonna vertebrale: non si mette in evidenza alcuna alterazione ossea apprezzabile.

Negativa la ricerca dei parassiti nelle feci.

DECORSO.

Durante la degenza in Clinica che si è protratta per oltre un mese, vi è stata solo qualche punta termica (massimo 37°,5) di tanto in tanto e solo nelle due prime settimane di degenza; nessun altro disturbo o segno patologico si è aggiunto a quelli sopradescritti; polso e respiro normali e così l'alvo e la minzione. Sono state fatte varie cure tra cui salicilato ed iposolfito endovena, iodio ecc.; sono state praticate complessivamente tre punture lombari con notevole miglioramento per quanto riguarda la paresi ed i dolori agli arti inferiori, poichè all'uscita della Clinica la paziente poteva reggersi in piedi e fare dei lenti passi. Persisteva in regione lombosacrale dolenzia nel camminare e pesantezza agli arti, riflessi achillei e rotulei ancora assenti, non più Körnig, nè Lasègue.

Uscita dalla Clinica fu seguita ambulatoriamente e curata con vitamina B_1 e iodio. Persisteva però sempre (dopo oltre 10 mesi dall'uscita dalla Clinica) una pesantezza e molesta dolenzia agli arti inferiori, per cui era impossibile un'andatura sciolta e rapida; persisteva sempre la mancanza dei rotulei e degli aschillei; le condizioni generali della paziente erano ottime. Durante questo periodo ha avuto la sua ottava ed ultima gravidanza risoltasi in aborto al 2° mese, senza che i suoi disturbi peggiorassero. Ad una successiva degenza in Clinica (9 novembre 1942), per qualche giorno abbiamo eseguito vari esami: liquor: quantità estratta cc. 4, pressione iniziale 30, finale 12, aspetto limpido, albumina g. 0,50 %, reazione di Pandy e Nonne Appelt leggermente positive, cellule per mmc.: 1; Queckenstedt

normale; nulla di patologico all'esame delle urine; un esame citometrico e morfologico del sangue ha dato valori normali (anche l'eosinofilia, notata durante la precedente degenza in Clinica, è scomparsa), reazioni per la lues sempre negative. In quest'epoca i riflessi rotulei sono presenti e gli achillei sono anche essi presenti seppure deboli; nessun altro dato patologico, mai febbre. Dopo quest'ultima puntura lombare la sintomatologia è quasi immutata. Durante tutte le punture lombari eseguite si verificava sempre, dopo la fuoriuscita di qualche cc. di liquor, una brusca caduta della pressione.

Riassumendo: In una donna di 36 anni senza alcuna tara organica sia essa tossica, infettiva, metabolica, durante la V, VI, VII gravidanza, ma sempre verso il IV mese accusa dolenzia sacro-lombare, astenia e pesantezza agli arti inferiori talvolta così intensi per cui costringono la paziente immobile a letto per vari giorni; mentre dopo il parto della V e VI gravidanza tali disturbi si dileguavano, dopo il VII parto si è avuto un notevole peggioramento da condurre ad una vera paresi degli arti inferiori con abolizione dei riflessi rotulei ed achillei; notevole giovamento dopo ripetute punture lombari. L'esame del liquor ha dato una netta dissociazione albuminica (g. 2,40 ‰) citologica (numero di cellule normali), con reazioni di Pandy e Nonne Appelt positive, negative le reazioni per la lues; dopo circa 18 mesi dall'inizio della sindrome verificatasi durante il IV mese della settima gravidanza si ha la ricomparsa dei riflessi rotulei ed achillei, mentre persiste tutt'ora una modesta dolenzia ed astenia agli arti inferiori specialmente con il camminare, per cui è impossibile un'andatura sciolta e rapida. Una nuova puntura lombare ha dato ancora un modestissimo aumento di albumina nel liquor (0,50 ‰), mentre è normale il numero delle cellule, le reazioni di Pandy e Nonne Appelt mediocremente positive; durante tutte le punture lombari si è avuto sempre Queckenstedt normale.

Diagnosi: Come si rileverà siamo di fronte ad una paziente che presenta un quadro sovrapponibile alla sindrome di Guillain-Barré, manifestatosi durante il IV mese della sua VII gravidanza. È logico anche pensare che i disturbi accusati sempre al 4° mese sia della V come della VI gravidanza siano da considerarsi, sebbene non confortati dal reperto del liquido c. s. (non essendo stata fatta la puntura lombare), anche essi nel quadro della sindrome di Guillain-Barré, che non si è però estrinsecata in tutta la sua sintomatologia e che si è dileguata dopo del parto. Il caso è chiaro sia per il quadro clinico come per il reperto del liquor per cui possiamo esimerci da una diagnosi differenziale con qualsiasi altra affezione nervosa sia essa la poliomielite anteriore acuta, la tabe, lues meningoradicolare; come le paralisi post-difteriche e qualsiasi altra forma di polinevrite secondaria, infettiva o tossica.

Etiopatogenesi: Non è nostro intendimento dilungarci su questo dibattuto problema che è alquanto nebuloso, per cui ancora non sappiamo se trattasi di sindrome morbosa ad eziologia multipla sia di natura tossica, come infettiva, oppure si tratti di un processo morboso ad un unico momento eziologico ancora non individuato.

Guillain-Barré ed altri autori pensano ad un virus neurotropo, però questa è una pura ipotesi, in quanto non è stata confermata da nessun reperto biologico positivo e non si è riusciti a riprodurre la sindrome nei vari animali da esperimento: topo, cavia, e scimmia mediante inoculazione per via intracerebrale ora intraperitoneale, ora sottocutanea di liquor di individuo affetto di questa sindrome. A questo proposito sono interessanti le ricerche eseguite nell'Istituto Pasteur da Mollaret.

Biemond esclude senz'altro il virus neurotropo ed avendo notato un caso durante una tossicosi di gravidanza ed un altro durante l'avvelenamento da ossido di carbonio, pensa che la sindrome di Guillain-Barré sia su base tossica e la paragona alla nefrosi, volendo vedere nel rivestimento « epiteliale » degli spazi aracnoidei e dei loro prolungamenti che circondano le radici nervose, delle alterazioni paragonabili a quelle dell'epitelio tubulare nella nefrosi, per cui come quest'ultimo epitelio, allorchè alterato, lascerebbe passare le proteine del plasma che vanno a finire nell'orina, così l' « epitelio » aracnoideo, allorchè alterato, lascerebbe anche questo passare le proteine del sangue che andrebbero a versarsi nel liquor.

Grassi studiando in un caso riflettente una bambina di 8 anni e mezzo, la costituzione chimica del sangue parallelamente alla costituzione chimica del liquor ed avendo riscontrato nel sangue una spiccatissima iperproteinemia (g. 14/80 %) dovuta specialmente ad una iperglobulinemia (13,05 %), parallela nel suo decorso all'albuminosi del liquor ed alla sintomatologia clinica, considera quest'ultima come conseguenza della prima per passaggio delle proteine plasmatiche nel liquor « attraverso

probabili alterazioni già in altri casi dimostrate istologicamente, delle strutture radicolo meningo aracnoidee ».

Come si sa Guillain-Barré hanno creduto, descrivendo la sindrome che porta il loro nome, che questa fosse primaria e non secondaria ad altre probabili affezioni, senonchè si è visto quadri del tutto sovrapponibili alla suddetta sindrome, sia per i reperti del liquor come per il decorso clinico, si possono avere anche secondariamente ad altre malattie: poliomielite anteriore acuta, encefalite, influenza, difterite, erpete zoster, parotite, lues, tbc., malaria, processi tonsillari, processi suppurativi i più svariati tra cui ricordiamo il caso di Marinesco, secondario ad un processo suppurativo della mastoide ad esito infausto, il caso di Santi secondario ad una mastite intervenuta a distanza di un mese dal parto in una ventiduenne, il caso di Gastaldi e Rosso secondario a piotorace da ferita da guerra, il caso di Dragenesco e Claudian secondario ad una ostomielite del bacino, il caso di Mussio Fournier secondario ad ascesso amigdaloideo.

Ciò premesso risulta chiaro che bisogna distinguere una poliradicolonevrite primitiva a cui spetterebbe il vero nome di « sindrome di Guillain Barré », e poliradicolonevriti secondarie che si potrebbero denominare « tipo Guillain Barré.

Porta che ha approfondito questo argomento, giustamente ritiene che la sindrome di Guillain-Barré debba intendersi nel vasto gruppo delle meningo-radicoliti primitive che, come sappiamo, sintomatologicamente non sono differenti dalle secondarie; infatti in un mediocre numero di casi vi è clinicamente un netto risentimento meningeo e quando si pensi che le guaine meningeali che seguono le radici spinali si continuano con le meningi spinali, bisognerebbe ammettere che nella sindrome in questione ci sia un risentimento meningeale per diffusione ascendente, ed il reperto autopsico di qualche autore parla anche a favore di questo risentimentro.

*
* *

Nel nostro caso abbiamo rilevato in coincidenza della gravidanza e sempre al IV mese, per ben tre gravidanze successive, il ripetersi dello stesso quadro identificabile con la sindrome di Guillain-Barré e mentre in un primo tempo ogni segno, patologico regrediva dopo il parto, nell'ultima gravidanza dopo il parto, invece, si ebbe un peggioramento. Ricordiamo che i casi in cui è stato possibile il reperto autopsico le lesioni anatomiche riscontrate a carico delle radici spinali lombari anteriori e posteriori (poliradicolite congestizio emorragica) escludono un fatto infiammatorio e quindi la diretta azione sul nevrasse di un presunto virus neurotropo. Si potrebbe pensare all'azione di sostanze tossiche, siano esse esotossine di natura batterica o non, nel nostro caso, si potrebbe inoltre pensare ad *una manifestazione di tipo tossico allergico*, con probabilità, in rapporto con la gravidanza, dato anche l'eosinofilia (6 %) riscontrata durante la prima degenza in clinica (senza che vi potesse essere altra causa a spiegazione), eosinofilia che successivamente è scomparsa.

A questa ipotesi si potrebbe obiettare che dopo l'ultimo parto non si ebbe al completo la regressione della sintomatologia, come si verificò invece nei due precedenti parti; però si può pensare che dopo una serie di attacchi morbosi, si siano verificate localmente delle alterazioni organiche tali per cui la regressione anatomica e funzionale non è più così rapida come i primi attacchi, ma si svolge lentamente e progressivamente, come appunto sta avvenendo nella nostra paziente.

RIASSUNTO.

In una donna di 36 anni, durante la V, VI, VII gravidanza e sempre verso il IV mese di esse, compare un quadro morboso identificabile con la sindrome di Guillain Barré (meningoradicolite con dissociazione albumina citologica).

Il ripetersi della sintomatologia ad ogni gravidanza costituisce l'importanza principale della nostra osservazione di cui finora nella letteratura non ci sembra esistono casi simili.

Dopo una riassuntiva esposizione della sintomatologia è discussa l'etiopatogenesi (teoria infettiva, tossica).

A proposito della patogenesi, dato il carattere recidivante, il rapporto con le gravidanze e l'eosinofilia ematica (presente durante la fase acuta e ridotta successivamente) viene *prospettata l'ipotesi tossico allergica* (tossico allergia da gravidanza).

BIBLIOGRAFIA.

BALDUZZI *Anatomia patologica della « Poliradiculitis acuta curabilis » con dissociazione albumino citologica: sindrome di Guillain Barré.* Rivista di Patologia nervosa e mentale, 2, 1938.

BIEMOND. *Quelques remarques sur l'étiologie de la maladie de Guillain Barré.* Journal belge de neur. e psych. XXXVIII, 231, 1938.

DRAGENESCO et CLAUDIAN citato da SANTI

GASTALDI e ROSSO. *Poliradicoloneurite tipo Guillain Barré secondaria a piotorace da ferita da guerra.* La Riforma Medica, 20, 1942.

*

GILPIN, MOERSCH et KERNOHAN. Arch. of Neurol., XXXV, 937, 1936.
GRASSI. *Poliradicoloneврrite con dissociazione albumino citologica (Sindrome Guillain Barré Strohl) con risentimento diencefalico.* Rivista di Patologia Nervosa e Mentale, 1, 1940.
GUILLAIN, BARRÉ e STROHL. *Sur une syndrome de radiculonévrite avec hyperalbuminose du liquide céphalo rachidien sans réaction cellulaire: remarque sur les caractères cliniques et graphiques des reflexes tendineux.* Boll. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris, XV, 1462, 1916.
GUILLAIN, BARRÉ. *Quelques remarques sur notre syndrome de radiculo névrite avec hyperalbuminose du liquide céphalo rachidien sans réaction cellulaire.* Soc. de Neur., 5 mars 1936.
MARIE et CHATELIN. *Note sur un syndrome de paralysie flasque...* Rev. Neurol., II, 564, 1916.
MARINESCO. *Recherches anatomo cliniques sur les polyradiculo névrites et leurs rapports avec les poly-névro-radiculo-myélites.* Riv. de Neurol., 1, 1938.
MOLLARET citato da GRASSI.
MUSSIO FOUNIER. Rev. de Neurol., 2, 1933.
PORTA. *Sul concetto clinico di meningoracidolite.* Rassegna Clinico Scientifica, 8, 1941.
PORTA. *In tema di meningoradicoliti.* Rivista di Neurologia, 4, 1941.
ID. *Polinevrite e meningoradicoliti.* Cappelli, 1940.
SANTI. *Poliradicolo nevrite con dissociazione albumino citologica del liquor.* Rivista di Patologia Nervosa e Mentale, 1, 1939.
VAN BOGAERT. et MAERE. *Les polyradiculonévrites craniennes bilatérales.* Journ. Belg. de Neurol. et Psych., XXXVIII, 275, 1938.
VAN BOGAERT et MACRE, PHILIPS ecc. *Essai sur un groupe épidémique des cas de polyradiculo névrite avec dissociation ecc.* Journ. belge de Neur. et Psych., XXXVIII, 212, 1938.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE CIVILE DI PIOVE DI SACCO (PADOVA)
Primario Medico: Dott. EZIO SILVESTRONI

La vaccinoterapia con Anatifo nell'infezione Eberthiana.

Dott. E. SILVESTRONI
Assistente della Clinica Medica della R. Università di Roma e docente in Patologia Generale.

Durante una supplenza da me fatta come Primario Medico nell'Ospedale Civile di Piove (Padova) ho potuto seguire nel reparto da me diretto un buon numero di malati di tifo, che ho curati con vaccinoterapia endovenosa.

In detto Ospedale affluiscono, in media, annualmente dai 50 ai 100 casi di tifo. Negli anni precedenti essi venivano curati con le consuete terapie, antiinfettiva, sintomatica, ecc., mentre a partire dall'agosto 1941 si istituì un trattamento sistematico con vaccino antitifico endovenoso. Il vaccino adoperato fu l'*Anatifo* dell'Istituto Sieroterapico « Sclavo » nella cui composizione, come dichiara la *Casa produttrice*, entrano i prodotti solubili ed insolubili del bacillo di Eberth, integri nel loro valore antigene e resi innocui mediante l'azione combinata del formolo e del calore. Il metodo di cura non è certo nuovo (per i dati sull'argomento si veda la relazione di Pellegrini G. al Congresso di Medicina Interna del 1934 ed i vari contributi di Caronia, Di Cristina, Franza, Antonelli, ecc.) e sull'uso dello stesso Anatifo esistono già diversi contributi (Pellegrini M., 1941; Franza e Robertaccio, 1942; Zancan e De Stefanis, 1942; Di Benedetto, 1942, ecc.). Questo mio lavoro potrebbe dunque sembrare superfluo, senonchè io qui intendo portare un nuovo contributo istituendo un confronto tra i risultati conseguiti nelle varie annate in cui furono fatte le consuete terapie antiinfettiva ecc. con l'ultima annata nella quale venne praticata la vaccinoterapia endovenosa con l'Anatifo. Inoltre desidero riportare i risultati da me conseguiti con l'uso dell'Anatifo, i quali, forse perchè ricavati da un'applicazione sistematica della vaccinoterapia (cioè senza alcuna scelta di malati, salvo l'esclusione di 2 con netta controindicazione, vedi sotto) risultano in complesso molto meno buoni di quelli degli altri Autori ricordati.

Ho raccolto dunque tutti i casi di tifo affluiti nell'Ospedale di Piove negli anni 1938, 1939, 1940, 1041 e fino al 15 ottobre 1942. Li ho distinti per annate coll'eccezione che per il 1941 ho considerato separatamente i casi non trat-

tati con Anatifo (e cioè quelli entrati prima del mese di agosto) da quelli trattati con detto vaccino (e cioè entrati in Ospedale dall'agosto in poi). Questi ultimi essendo però in numero assai esiguo li ho uniti con quelli del 1942. Furono esclusi dalla vaccinoterapia endovenosa (come è consigliato dall'Istituto produttore del vaccino) soltanto i malati con segni evidenti di insufficienza circolatoria od insufficienza epatica (2 malati) mentre tutti gli altri furono sistematicamente trattati con l'Anatifo, qualunque fosse il periodo della malattia. Questo fatto ci consente un confronto più obbiettivo, perchè a parte la diversità del *genio epidemico* tra un'annata e l'altra, la quale ha certamente la sua importanza, si eliminano così tutti gli errori derivanti da una qualsiasi scelta dei malati.

Complessivamente ho preso in esame 314 soggetti di cui 302 ammalati di tifo e 12 di paratifo B. L'accertamento diagnostico è stato fatto con la sierodiagnosi. I malati in esame sono stati di età variabile, ma in prevalenza adulti. Dei 314 soggetti, 258 furono curati con le consuete terapie, antiinfettiva, sintomatica ecc. e 56 (di cui 52 malati di tifo e 4 di paratifo B) con l'Anatifo. Fra i 258 malati non curati con la vaccinoterapia endovenosa si ebbero 238 guarigioni e 20 decessi. Fra i 56 malati curati con l'Anatifo 50 guarirono e 6 decedettero. Sia fra i primi che fra i secondi la morte avvenne, senza differenze fra i trattati e i non trattati con vaccino, o per grave stato di tossicosi o per peritonite da perforazione o in seguito a ripetute e infrenabili enterorragie.

Considerando i vari malati in rapporto alle annate, essi risultano così distribuiti:

Annata 1938: maschi 51, di cui 48 guariti e 3 deceduti; femmine 56 di cui 51 guarite e 5 decedute. Totale 107 casi, di cui 99 guariti e 8 deceduti.

Annata 1939: maschi 23, di cui 19 guariti e 4 deceduti; femmine 26, di cui 24 guarite e 2 decedute. Totale 49 casi, di cui 43 guariti e 6 deceduti.

Annata 1940: maschi 24, di cui 22 guariti e 2 deceduti; femmine 26, di cui 25 guarite e 1 deceduta. Totale 50 casi, di cui 47 guariti e 3 deceduti.

Annata 1941 (esclusi i trattati con Anatifo): maschi 24 tutti guariti; femmine 28, di cui 25 guarite e 3 decedute. Totale 52 casi, di cui 49 guariti e 3 deceduti.

Annata 1942, la quale va fino al 15 ottobre 1942, ma comprende anche quei pochi casi del 1941 trattati con Anatifo; maschi 23, di cui 22 guariti e 1 deceduto; femmine 33, di cui 28 guarite e 5 decedute. Totale 56 casi, di cui 50 guariti e 6 deceduti.

La mortalità dei malati dell'annata 1942 trattati coll'Anatifo è stata dunque leggermente inferiore a quella dell'annata 1939, ma di molto superiore a quella delle annate 1938, 1940 e 1941.

Nei sopravvissuti la durata media del periodo febbrile, comprese le giornate di elevazioni termiche lievi nonchè le complicazioni e successioni morbose, è stata: nell'annata 1938 di 33 giorni; nell'annata 1939 di 29 giorni; nell'annata 1940 di 36 giorni; nell'annata 1941 di 38 giorni e nell'annata 1942 di 27 giorni.

La durata media del periodo febbrile nei malati dell'annata 1942 trattati coll'Anatifo è stata dunque inferiore (da 2 a 11 giorni) a tutte le altre annate in cui i malati di tifo furono curati con altre terapie.

Per quanto riguarda le complicazioni mi limito a dire che dalle mie osservazioni non si può dedurre che esse vengano eliminate dal trattamento vaccinico, poichè su 56 malati, oltre a varie bronchiti ecc., ho avuto due casi con enterorragie a ripetizione ed una peritonite da perforazione. A tal proposito però va detto che il trattamento vaccinico non fu mai potuto iniziare, a causa o del ritardato ricovero in Ospedale o degli accertamenti diagnostici, nel primo settenario, ma dall'ottava giornata di malattia in poi. Più esattamente: in 38 casi la terapia vaccinica fu iniziata nel II settenario (8ª-14ª giornata), in 12 casi entro il III settenario (15ª-21ª giornata) e in 6 casi oltre il III settenario (dalla 22ª giornata in poi). La durata media della malattia, considerata in rapporto ai vari settenari, è stata nei soggetti sopravvissuti: di 25 giornate nei casi in cui il trattamento fu iniziato entro il II settenario, di 36 giornate in quelli in cui si iniziò nel III settenario e di 37 giornate in quelli in cui venne iniziato dopo il III settenario.

L'Anatifo venne sempre iniettato endovena la mattina a digiuno, iniziando il trattamento con la fiala I, la quale contiene un minor numero di germi (10 milioni) e proseguendo con le fiale II, III, IV, che sono a più forte concentrazione (rispettivamente 25-50-100 milioni di germi) e ripetendo la IV fiala anche più volte nei casi in cui la temperatura ritornava. In alcuni casi anzichè la dose intera venne somministrata solo metà della fiala. Fra un'iniezione e l'altra è stato lasciato, per lo più, un intervallo di 3 giorni, ma in qualche caso solo di 2 oppure anche di 4-5 o più giorni, a seconda della tolleranza alla reazione termica prodotta dal vaccino o del ripresentarsi della temperatu-

ra dopo alcuni giorni di apiressia (si vedano le fig. 1 F e fig. 2). In alcuni casi è bastata una sola iniezione per stroncare definitivamente la temperatura (fig. 1 A) in altri casi ne sono occorse 2 (fig. 1 C), in altri casi tre (fig. 1 E), in altri quattro o cinque (cfr. anche fig. 1 F) e in alcuni casi viceversa il vaccino o non ha servito a nulla (fig. 3 A) oppure in coincidenza con esso si è avuta una ripresa della temperatura che ha persistito assai a lungo resistendo anche a successive iniezioni di Anatifo (fig. 2). In succinto il numero di iniezioni necessario per determinare l'apiressia è stato il seguente:

Apiressia dopo 1 iniezione casi 8 (20 % dei guariti)
Apiressia dopo 2 iniezioni casi 5 (12 5 % dei guariti)
Apiressia dopo 3 iniezioni casi 10 (25 % dei guariti)
Apiressia dopo 4 iniezioni casi 12 (30 % dei guariti)
Apiressia dopo 5 iniezioni casi 5 (12,5 % dei guariti)

FIG. 1.

L'esito della cura invece è rappresentato dalle seguenti cifre:

Curati coll'anatifo, 56.	
Guariti coll'Anatifo, 40	71,42 %
Resistenti all'Anatifo, 6	10,71 %
Hanno presentato riprese dopo iniezioni di Anatifo, 2	3,57 %
Deceduti, 6	10,71 %
Hanno presentato disturbi dall'Anatifo (collasso, aritmia), 2	3,57 %

I malati che hanno presentato disturbi in seguito ad iniezioni di Anatifo sono stati: un uomo di 27 anni ed una donna di 30 anni, tutt'e due in ottime condizioni di nutrizione, senza precedenti anamnestici patologici e con cuore e vari apparati assolutamente normali, ciò almeno da quanto era possibile dedurre dall'esame clinico. Il primo di essi ha presentato un collasso dopo la IV-bis iniezione di Anatifo: la seconda ha avuto anch'essa, dopo la I iniezione di vaccino, un collasso, ma con in più la comparsa di una grave aritmia che ha durato per 7-8 giorni accompagnata da notevoli disturbi soggettivi. Sia nell'uno che nell'altra venne sospeso il vaccino e furono poi fatte le consuete terapie, sintomatica ed antiinfettiva. Tutt'e due guarirono dopo una quindicina di giorni. Nella donna dopo scomparsa l'aritmia, il cuore tornò clinicamente normale.

In tutti gli altri malati l'Anatifo fu sopportato benissimo. Naturalmente si è sempre provveduto a sostenere l'apparato cardio-vascolare con sympatol, coramina, canfora, sparteina e, come si è detto, sono stati esclusi dal trattamento vaccinico due malati, di cui uno con segni di scompenso cardiaco e l'altro perchè presentava una cospicua epatomegalia.

Dei malati deceduti: tre sono morti in seguito ad enterorragie o peritonite da perforazione e gli altri tre in stato di grave tossicosi con temperature oltremodo elevate, non influenzate dal trattamento vaccinico.

Dei 56 malati, 6 si sono dimostrati resistenti alla vaccinoterapia. Questo fatto è verosimilmente dovuto alla scarsa specificità dell'antigene contenuto nell'Anatifo. A tal proposito va infatti ricordato come Cesa Bianchi (1936) in-

sista esser necessario nella vaccinoterapia antitifica di disporre di vaccini preparati di recente con ceppi isolati durante l'epidemia in corso, potendosi avere nelle varie annate risposte del resto è ancora oscuro il meccanismo della ricaduta.

Confrontando i risultati da me ottenuti con quelli conseguiti con lo stesso vaccino

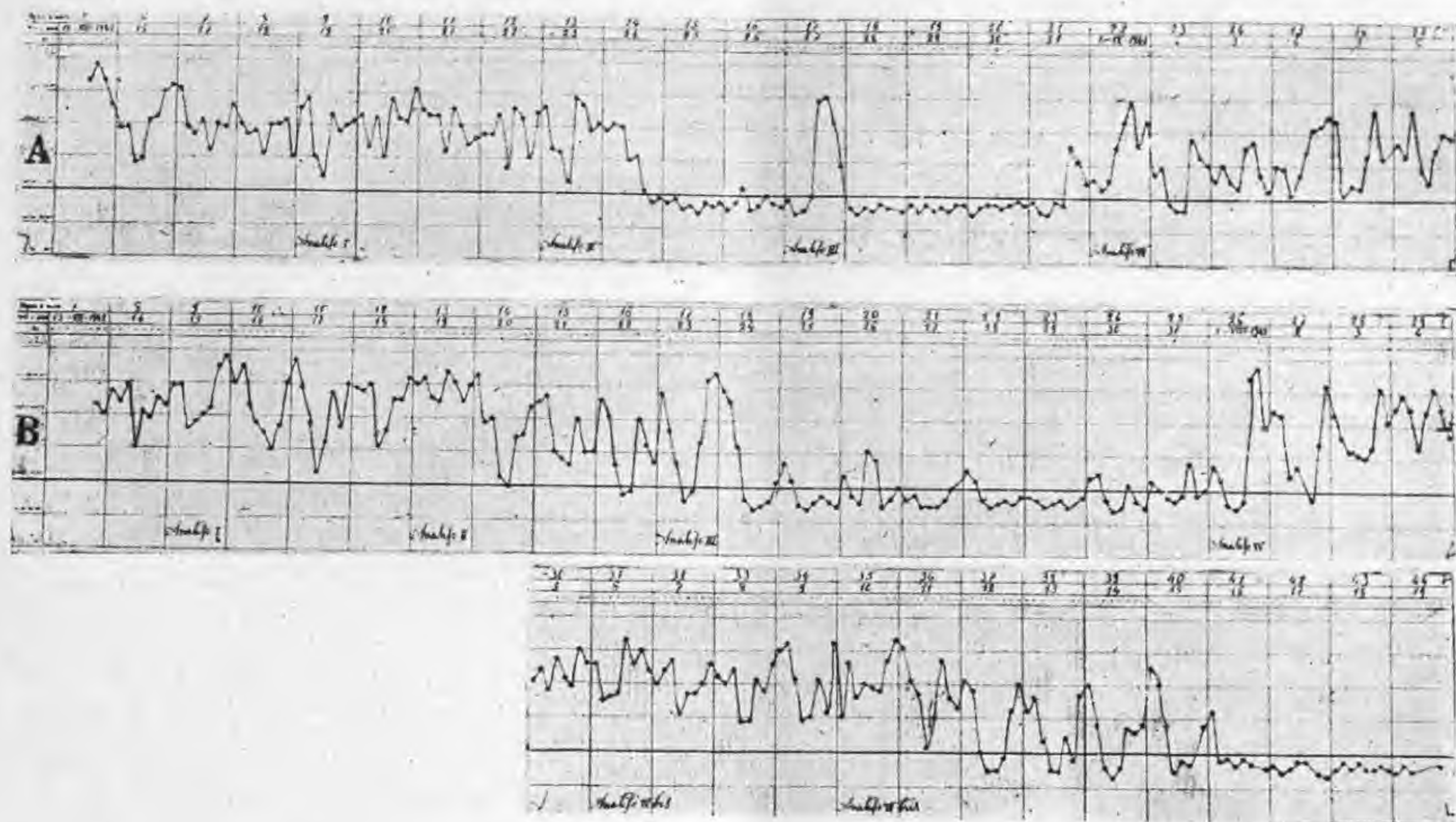



FIG. 2

tutto diverse imputabili al diverso genio epidemico, anche usando la stessa terapia con la medesima tecnica e nelle stesse condizioni.

Quanto ai casi che hanno presentato una ripresa della malattia in coincidenza di nuove dagli altri Autori, risulta che nelle mie esperienze l'Anatifo ha risposto molto meno bene. Infatti mentre Franza e Robertaccio (1942) hanno avuto 3 decessi su 58 malati, Zancan e De Stefanis (1942) un solo decesso su 37 pa-

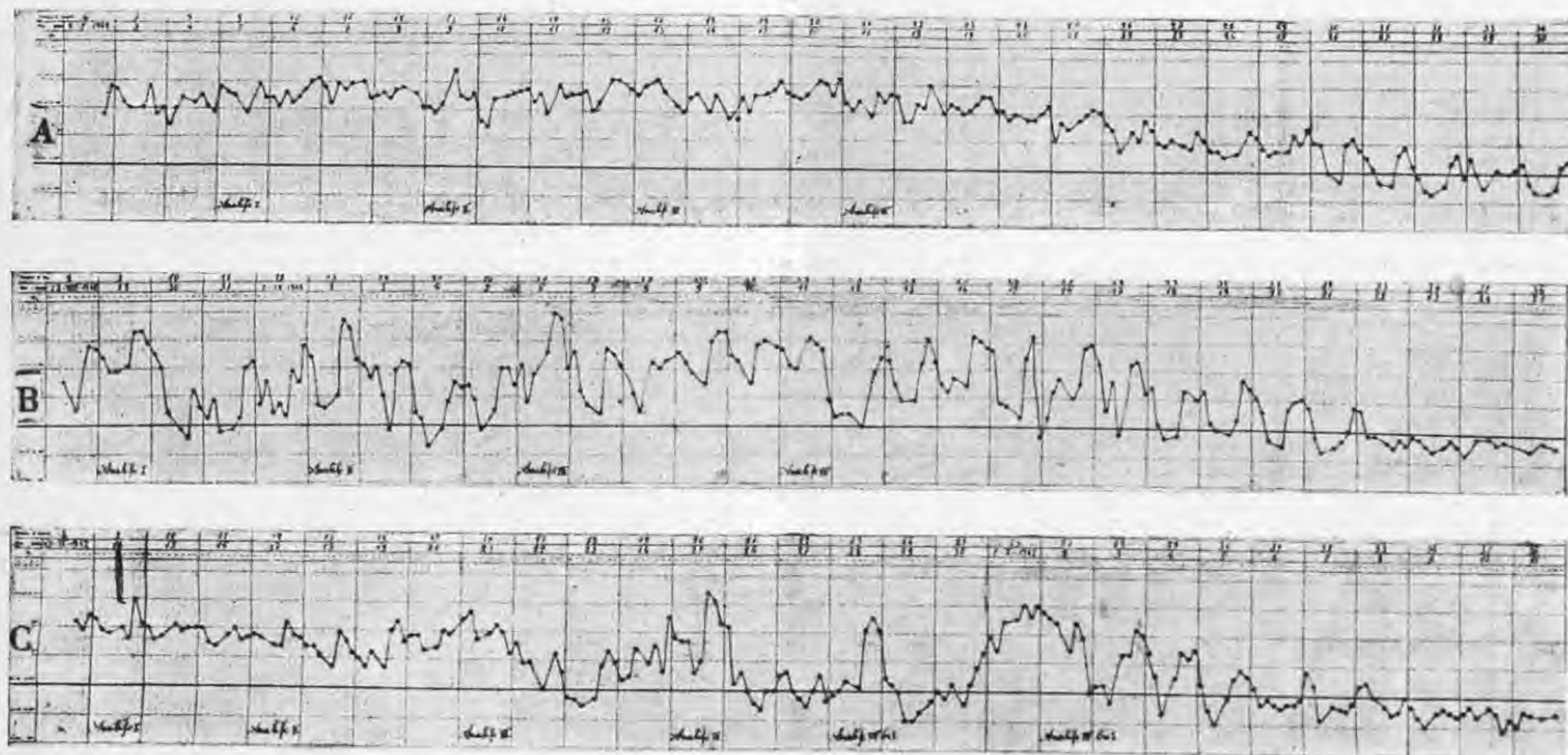



FIG. 3.

iniezioni di Anatifo (fig. 2 B) è da prospettare l'ipotesi di una ricaduta sotto lo stimolo del vaccino, rimanendo oscuro nella sua essenza il meccanismo con cui ciò avviene, come del

zienti e Di Benedetto (1942) ha ottenuto la guarigione di tutti i 18 malati trattati con Anatifo, io viceversa su 56 pazienti trattati con Anatifo ho avuto 50 guarigioni e 6 decessi.

Alla mia relativamente alta percentuale di mortalità si avvicina soltanto, pur rimanendo un poco inferiore, quella avuta da Pellegrini M. (1941) il quale su 50 malati trattati con Anatifo ha avuto 5 decessi, di cui però uno forse a detta dell'A., non totalmente imputabile all'infezione tifoidea, trattandosi di un soggetto di 31 anni con permanenza anatomica del timo. Inoltre (a parte Pellegrini M., il quale non parla di complicanze), Zancan e De Stefanis e Di Benedetto dicono di non aver mai osservato nei loro pazienti nè enterorragie nè perforazioni intestinali: e Franza e Robertaccio, solo in un caso hanno avuto dopo 72 ore dalla praticata iniezione di Anatifo, un'enterorragia. Io invece, come ho sopra riferito, ho avuto in due casi interrorragie ripetute ed infrenabili ed in un altro caso peritonite da perforazione. In più tutti questi Autori sono d'accordo nel dire che con l'Anatifo non si hanno fenomeni spiacevoli (tranne una minaccia di collasso segnalata da Franza e Robertaccio): e, ad eccezione di questi due ultimi Autori, nessuno di essi segnala casi resistenti all'Anatifo o riprese febbrili in coincidenza del medesimo trattamento. Bisogna viceversa dire che tutti questi fatti esistono. Franza e Robertaccio infatti su 58 malati hanno avuto 3 casi resistenti all'Anatifo ed altri 3 casi hanno presentato riprese febbrili dopo trattamento. Io ho già ricordato di aver avuto su 56 malati, 2 casi che hanno presentato disturbi (collasso, aritmia) in seguito ad iniezione di Anatifo, 6 casi resistenti all'Anatifo e 2 casi in cui si è avuto una violenta ripresa della temperatura in coincidenza di un'iniezione di Anatifo.

Queste differenze tra i miei risultati e quelli degli altri Autori possono essere spiegate principalmente ammettendo una diversità del cosidetto *genio epidemico* tra le forme da me trattate e quelle degli altri Ricercatori ed in piccola parte (cioè per quanto riguarda le complicanze) col fatto che, a differenza degli altri Autori i quali hanno potuto trattare alcuni casi anche durante il 1° settenario di malattia, io viceversa ho dovuto iniziare la vaccinoterapia sempre dopo il 1° settenario. Eppoi io ho trattati tutti i casi di tifo (tranne due in cui vi era una netta controindicazione) che si sono presentati alla mia osservazione. La convinzione che mi sono fatta dopo queste esperienze è infatti che non tutti i malati possono essere trattati con Anatifo ma che viceversa bisogna saper scegliere i casi adatti e scartare quelli che mal sopporterebbero questa cura. I soggetti con miocardio o con fegato compromesso, come osservano anche Franza e Robertaccio, non debbono essere assolutamente esposti allo shock vaccinico. Così non vanno trattati con Anatifo i casi gravissimi a decorso iperpirettico. Tra i miei malati ho già ricordato quei due casi di collasso e aritmia dopo l'iniezione di vaccino. Poi ho avuto tre casi di tifo gravissimo a decorso iperpirettico nei quali l'Anatifo non ha servito assolutamente a nulla: uno di essi è morto 3 giorni dopo la I iniezione, un'altro 4 giorni dopo la II iniezione e il terzo 2 giorni dopo la III iniezione di Anatifo, senza che nessuno di essi avesse presentato alcuna complicanza.

Per quanto riguarda il periodo in cui dev'essere iniziato il trattamento vaccinico, sono d'accordo con quegli Autori che insistono sull'uso precoce di esso, ma questo non perchè le forme iniziali si avvantaggino maggiormente dalla vaccinoterapia, ma unicamente perchè nei casi favorevoli un trattamento precoce troncando la malattia prima della formazione delle ulceri può evitare la comparsa di enterorragie e di perforazioni. A parte questo, sono convinto (e questo lo pensano anche altri Autori) che il vaccino può essere usato (nei casi trattabili) con ottimi risultati in qualsiasi stadio della malattia. Non condivido invece l'idea di Franza e Robertaccio che il vaccino debba essere continuato anche dopo lo sfebbramento definitivo. Al contrario ritengo che si debba ripetere solo nei casi in cui dopo 3, 4, 5 o più giorni di apiressia, la temperatura riaffiori anche in maniera modestissima. In questi casi, generalmente, con un'altra sola iniezione la temperatura cade definitivamente e il malato si avvia alla completa guarigione. Certamente il permanere di una milza grossa in piena apiressia è sempre indice di un processo non spento, però non in tutti i casi la detta splenomegalia riaccende lo stato morboso. E anche nel caso che la milza continui, in piena apiressia, ad aumentar di volume (fenomeno questo osservato da Franza e Robertaccio) anche allora io ritengo che la vaccinoterapia debba essere continuata o ripresa solo nel caso di una ricomparsa della temperatura.

Ricordo, d'accordo con Zancan e De Stefanis, che le iniezioni di vaccino non debbono essere fra loro troppo riavvicinate, ma che è opportuno lasciare tra un'iniezione e l'altra un certo intervallo di tempo (3 giorni) necessario all'organismo per rimettersi dallo shock subito.

Le dosi debbono essere anch'esse scelte in rapporto allo stato del paziente da trattare. In persone giovani, in buono stato di nutrizione,

con cuore e fegato sani, può essere iniettata con tutta tranquillità l'intera fiala: in soggetti anziani, defedati, tarati o con cuore o fegato non perfettamente normali, vanno invece usate dosi minori che possono andare da 1/3 a 3/4 di fiala. E questi ultimi soggetti necessitano in particolare di una continua sorveglianza.

Ricordo ancora che anche nei miei malati l'Anatifo ha risposto bene nei casi di paratifo B (fig. 1 B e D). E come già hanno segnalato altri Autori anch'io ho osservato che nei casi favorevoli sia di tifo che di paratifo B, l'uso del vaccino (finita la reazione) dà uno stato di sollievo ai malati, nei quali lo stato soporoso si attenua o scompare, la cefalea diminuisce o cessa, il sensorio diviene più lucido e compare un progressivo e abbastanza rapido risveglio delle forze.

Nei riguardi della reazione data dall'Anatifo essa è sempre contrassegnata da brivido più o meno intenso, da cefalea, da sensazione di malessere e da febbre assai molesta che può raggiungere anche i 40°-41°. Il brivido insorge fra i 30 m' e le 3 ore dopo l'iniezione del vaccino e può essere lieve oppure squassante come quello della malaria. La temperatura dopo aver raggiunto l'acme tende ordinariamente ad abbassarsi per raggiungere i valori normali o anche più bassi nello spazio di 24 ore. A volte però, dopo essere alquanto discesa si arresta al di sopra della norma per riprendere a salire nel giorno seguente e cadere solo in terza giornata (reazione cosidetta a M).

Per quanto riguarda il numero delle iniezioni necessarie ad ottenere la guarigione si può dire che nelle forme iniziali lievi e negli ultimi stadi della malattia, per lo più sono sufficenti 1-2 o al massimo 3 iniezioni di Anatifo e che nelle forme gravi invece molte volte ne occorrono 3-4 e talora anche 5-6. In quest'ultimo caso va ripetuta la dose più alta (IV fiala). Quando poi più iniezioni di Anatifo debitamente distanziate fra loro non influenzano l'andamento della temperatura (fig. 3) è allora del tutto superfluo insistere. In questi casi resistenti all'Anatifo può forse solo giovare l'autovaccino. In mancanza di questo si deve naturalmente ricorrere alle consuete terapie, sintomatica, antiinfettiva ecc.

Per concludere la vaccinoterapia con Anatifo può considerarsi un sussidio terapeutico che riduce la durata della malattia, ma che non diminuisce la mortalità nè previene l'insorgenza di complicanze. Essa non può essere usata in tutti i malati, nè tutti i casi trattati ne rimangono influenzati (casi resistenti all'Anatifo). Il medico deve sempre scegliere i casi adatti ed escludere quelli che mal sopporterebbero un tale trattamento (epatopazienti, cardiopatici, forme gravissime iperpirettiche). Va usata in dosi opportune e le singole iniezioni debbono essere sufficientemente distanziate tra loro. Può essere attuata in qualsiasi periodo della malattia con identici risultati. Non va continuata (contrariamente a quanto afferma qualche altro Autore) dopo lo sfebbramento: però se la temperatura persiste può essere viceversa ripetuta una o più volte la IV fiala.

RIASSUNTO

L'A. istituisce un confronto fra i risultati ottenuti con la vaccinoterapia endovenosa (Anatifo) nei malati ricoverati nell'Ospedale Civile di Piove nel periodo agosto 1941-ottobre 1942, con quelli conseguiti con le comuni terapie, antiinfettiva, sintomatica ecc., nei ricoverati nello stesso Ospedale nelle annate 1938-1939-1940 fino all'agosto 1941. Egli trova che il trattamento vaccinico riduce la durata media della malattia, ma non diminuisce la mortalità nè previene l'insorgenza di complicanze. L'uso del vaccino non può essere esteso a tutti i malati, ma va limitato ai casi adatti. In particolare vanno esclusi gli epatopazienti, i cardiopatici, le forme gravissime iperpirettiche. In un certo numero di malati (circa il 10%) l'Anatifo non esercita alcuna influenza (casi vaccino resistenti). Esso può essere adoperato con eguali risultati in tutti i periodi della malattia. Va usato in dosi opportune e le singole iniezioni debbono essere sufficientemente distanziate fra loro. Non va continuato dopo lo sfebbramento, ma se viceversa persiste la febbre può essere ripetuta anche una o più volte la IV fiala.

BIBLIOGRAFIA.

ANTONELLI. Policlinico. Sez. Prat., 1937, n. 7.
CARONIA. Rinascenza Medica, 1929, n. 7.
CESA BIANCHI. Atti e Mem. Soc. Lombarda di Med., 1936 n. 3.
DI BENEDETTO. La Settimana Medica, 1942, n. 2.
DI CRISTINA. Pediatria, 1916, n. 1.
FRANZA. Atti LX Congr. Soc. It. Med. Int., Roma, 1934.
FRANZA e ROBERTACCIO. Riv. It. di Terapia, 1942, n. 1-2.
PELLEGRINI G. Atti LX Congr. Soc. It. Med. Int., Roma, 1934.
PELLEGRINI M. La Settimana Medica, 1941. n. 41.
ZANCAN e DE STEFANIS. Giorn. R. Accad. di Med., Torino, 1942, fasc. 4-6.

ARGOMENTI D'ATTUALITÀ

Il pane e la vitamina B_1.

(G. MOURIQUAND, J. COISNARD e V. EDEL. *La Presse Méd.*, 28 novembre 1942).

Dell'interessante e attualissimo problema della composizione del pane, gli AA. prendono in esame, in questo recente lavoro, il contenuto in vitamina B_1 (aneurina) a seconda che il pane sia fabbricato con farina al 70 % o con farine abburattate all'85 e al 98 %.

Essi hanno eseguito le loro esperienze sui piccioni, riuscendo a mettere in evidenza i fatti seguenti:

a) il pane al 70 % (contenente mg. 1,45 di aneurina al chilo) è fortemente carenzato in vitamina B_1: difatti, i piccioni, sottoposti a una dieta di g. 30-35 quotidiani di questo pane, mentre ne mangiano volentieri per una ventina di giorni, presentano manifestazioni beriberiche nette al 32° giorno, manifestazioni di per sè mortali se la dieta viene proseguita e che cessano invece con una iniezione di mg. 1 di vitamina B_1. La cronassia vestibolare comincia a calare fin dal 15° giorno ed è di sigma 1,5 al 32° giorno, mentre il valore normale sarebbe di sigma 2,3;

b) il pane all'85 e al 98 % (quest'ultimo contiene mg. 2,05 di aneurina al chilo) viene pure mangiato volentieri dai piccioni, i quali non mostrano alcun segno premonitorio di un attacco beriberico al 32° e nemmeno al 120°, giorno di dieta: l'appetito è conservato; il volo è normale, l'animale cammina senza incespicare. La cronassia vestibolare cala progressivamente, ma lentamente, col regime di pane all'85 %: oscilla fra sigma 14 e sigma 17,5 al 32° giorno, fra 13 e 15 sigma al 37°, ed è di 10 sigma al 120° giorno; col regime di pane al 98 %, è di 18 sigma al 32° giorno, di 17 sigma al 37°, di 14 sigma al 120°.

Con esperienze preliminari, eseguite su piccioni sottoposti alla dieta di Eijkman (riso brillato), gli AA. hanno anche dimostrato che la cottura del pane (forno a 300°; temperatura interna del pane: circa 95°-100°) riduce grandemente il potere anti-beriberico di un prodotto ricchissimo in vitamina B_1, qual'è il lievito di birra, introdotto in sacchetti nella pasta del pane stesso, e lo riduce nella medesima misura di quanto fa l'azione diretta del calore (sterilizzazione del lievito di birra per 45 minuti a 120°): il lievito, trattato nell'una o nell'altra maniera, quando sia aggiunto nella dose quotidiana di cg. 50 alla dieta di riso brillato, non impedisce i fenomeni di beri-beri sperimentale, i quali, dopo un lungo periodo in cui la cronassia vestibolare cala lentamente e progressivamente, si manifestano verso il 70° giorno dall'inizio della dieta.

Dal punto di vista pratico, c'è da domandarsi — e gli AA. suggeriscono all'attenzione dei ricercatori l'importante quesito — se il miglior effetto protettivo del pane all'85 e al 98 % contro l'avitaminosi B_1 dei piccioni dipenda da un maggior contenuto in vitamina di questi tipi di pane, pur dopo la cottura, oppure da un miglior equilibrio alimentare arrecato alla dieta da tali pani più « completi » (aumento delle percentuali di protidi, lipidi, sostanze minerali ecc.).

Va infine notato che l'apparato digerente dell'uomo sembra sia meno capace, che non quello del piccione, di digerire la cellulosa della crusca e di estrarne le sostanze alimentari, delle quali quindi solo una piccola parte viene assimilata dall'organismo. A. B.

SUNTI E RASSEGNE

MISCELLANEA.

Modalità d'azione dei sulfamidici.

(C. LEVADITI e R. PÉRAULT. *La Presse Méd.*, 16 dicembre 1941).

Il problema della modalità d'azione dei sulfamidici ha suscitato in questi ultimi anni ricerche numerosissime che lo hanno, almeno in parte, chiarito.

I sulfamidici sono sforniti di vera e propria attività battericida; essi agiscono soltanto dopo aver subito alcune modificazioni d'ordine chimico o fisico-chimico e l'attività antibatterica di tali loro derivati (tuttora mal noti) consiste nel provocare un arresto della moltiplicazione dei microrganismi (batteriostasi), accompagnato da una diminuzione della vitalità e da modificazioni involutive morfologiche (acapsulogenesi, mutamenti di forma e di colorabilità) dei microrganismi stessi, i quali diventano estremamente vulnerabili di fronte alle difese naturali, e in primo luogo di fronte alla fagocitosi.

Tale effetto batteriostatico è constatabile sia « in vitro » sia negli animali da esperimento ed esso è stato ed è oggetto di numerose ricerche modernissime, dirette a penetrarne il meccanismo. Tra le più importanti, vanno ricordate quelle svolte da Woods, che ha scoperto un'azione inibitrice esercitata « in vitro » dall'acido p. aminobenzoico (p.a.b.) sull'effetto batteriostatico e curativo di alcuni composti sulfamidici (la p. aminofenilsulfamide e il suo derivato piridinico) sullo streptococco emolitico e sul B. coli. Tale azione inibitrice, detta « fenomeno di Woods », è stata dimostrata anche « in vivo », per primo da Selbie.

Un'analoga azione antisulfamidica era stata dimostrata da Green negli estratti di streptococchi e da Green e Bielschowsky negli estratti di B. abortus; anzi questi due ultimi AA. eran riusciti a isolare dagli estratti una so-

stanza cristallina insolubile in acqua ed avevano emesso l'ipotesi che si trattasse di un acido organico, responsabile appunto di detta azione inibitrice; Woods confermò tale ipotesi, identificando la natura chimica della sostanza, che è appunto l'acido p.a.b. Secondo Woods la sulfamide (o un derivato risultante da trasformazioni della sulfamide stessa) agirebbe sostituendosi a un fattore essenziale del metabolismo microbico, che sarebbe l'acido p.a.b. o un derivato assai vicino a tale acido, in una specie di lotta o concorrenza per un enzima (non ancora identificato) elaborato dal microbio e dallo stesso utilizzato per la propria crescita e per la propria moltiplicazione. Alla luce di questa teoria, s'intende come l'acido p.a.b., aggiunto in eccesso, inibirebbe l'azione antibatteriostatica della sulfamide (fenomeno di Woods) in quanto il microbio verrebbe a disporre di una quantità di acido p.a.b. sufficiente alla propria crescita e moltiplicazione, pur essendo una parte di quest'acido bloccata dalla presenza della sulfamide.

Depone in favore della teoria di Woods sul modo di agire dei sulfamidici anche il fatto che negli estratti di lievito, dotati di notevole potere antibatteriostatico, sono reperibili sostanze aminiche le quali dànno diazoreazione positiva in presenza di β-naftolo.

È stato studiato sperimentalmente il potenziale antisulfamidico di 17 composti benzenici, di cui i più attivi sono risultati essere l'acido p.a.b., la novocaina, la p. aminobenzamide e l'acido p. idrossilaminobenzoico (Woods).

Legroux e Nitti hanno confermato l'attività antibatteriostatica della sulfamide rispetto allo streptococco emolitico (1 : 300) e al B. coli (1 : 500) e ritengono che l'incostanza di alcuni risultati in terapia umana possa dipendere dalla presenza, nell'organismo, di principii antagonisti dei sulfamidici.

Nitti e Palazzoli, ricercando tali principii nell'urina di blenorragici refrattarî alla terapia sulfamidica, trovano che, in tali casi, l'urina esercita un'azione antibatteriostatica sul B. coli, mentre non v'è traccia di simile azione da parte dell'urina di blenorragici sensibili alla suddetta terapia.

Lwoff, Nitti, Tréfouël e Hamon confermano il fenomeno di Woods, studiando l'effetto della sulfamide sul ritmo di moltiplicazione del bacillo del colon, del *Proteus vulgaris* X 19 e della *Polytomella coeca*.

Lévaditi e Pérault hanno svolto una serie di ricerche, in parte di controllo di quelle di Woods e in parte originali, delle quali riassumiamo qui i risultati:

1) L'acido p.a.b. non inibisce la pullulazione del B. coli, se il pH è superiore a 5,8.

2) L'azione batteriostatica « in vitro » della sulfamide e del suo derivato piridinico sullo streptococco emolitico (ceppo M) e sul B. coli (ceppo Star) viene confermata, in adatte condizioni sperimentali.

3) L'aggiunta di quantità determinate di acido p.a.b. inibisce quest'azione batteriostatica.

4) La novocaina (cloridrato di p. aminobenzol-dietilamino-etanolo), derivato dell'acido p.a.b., si comporta come questo acido.

5) L'acido p.a.b. esercita effetto antibatteriostatico non solo sui derivati benzenici a gruppo sulfamidico (SO_2 NH_2), ma anche su composti benzenici aventi, al posto di SO_2 NH_2, SO_2 o SO. Unico quindi dev'essere il meccanismo che presiede agli effetti batteriostatici di gruppi così diversi fra loro quali SO_2 NH_2, SO_2 e SO.

6) L'attività antibatteriostatica dell'acido p.a.b. non varia se il nucleo sulfamidico è legato a un gruppo tiazolico, anzichè a un gruppo piridinico: essa dipende quindi soltanto dal nucleo solforato.

7) Gli estratti di lievito, preparati secondo la tecnica di Woods, si comportano esattamente come l'acido p.a.b.

8) Alcune sostanze di origine animale (organi di coniglio) o microbica (B. coli) sono sprovvisti di attività antibatteriostatica.

9) Dal punto di vista del comportamento verso gli agenti antibatteriostatici, nessuna analogia esiste fra sulfamidici e antisettici, quali ad es., il Sunoxol (solfato neutro d'ortoossichinoleina), il sublimato, il mercurocromo, la tioflavina. Il che significa che il meccanismo il quale presiede all'attività antimicrobica degli antisettici è affatto diverso da quello che regola la batteriostasi.

10) L'acido p.a.b. inibisce l'effetto chemioterapico della sulfamide, nei ratti infettati con streptococco emolitico (come già aveva visto Selbie) o con B. coli da solo o addizionato a mucina.

11) L'acido p.a.b. inibisce inoltre, nei ratti, l'effetto chemioterapico dei composti sulfossidati (SO) e sulfonati (SO_2).

12) L'azione antibatteriostatica dell'acido p.a.b. si manifesta « in vivo » nei riguardi dei composti azoici, siano essi sulfamidati (Rubiazol), sulfossidati (acido 4. acetilaminodifenilsulfossido 4. azosalicilico) o sulfonati (4. nitrodifenilsulfone. 4. azonaftol. 1. acetilamino. 7. disulfonato di sodio); il che significa che, da questo punto di vista, hanno importanza soltanto i gruppi SO_2NH_2, SO_2 e SO e non i nuclei a cui questi gruppi si trovano chimicamente legati nei varî composti; e inoltre che i composti azoici agiscono previa loro scissione (Tréfouël e coll.).

13) È possibile seguire nelle sue varie fasi il fenomeno di Woods « in vivo », nella cavità peritoneale del topo, inoculando agli animali in esame B.coli (1/10.000) misto a mucina e dividendo gli animali stessi in tre lotti, dei quali uno di controlli, un altro trattato con sulfamide (mg. 30) e un terzo trattato con sulfamide e acido p.a.b. « per os »: nella prima serie di animali, la moltiplicazione dei

germi comincia dopo circa 2 ore e tocca il suo massimo nella 6ª ora, gli animali morendo fra la 12ª e la 26ª ora; nella seconda serie di animali, si osserva subito un arresto della pullulazione dei germi, nonchè alcune modificazioni morfologiche dei medesimi (diminuzione di grandezza, frequenza di forme diplococciche, deficienza di colorabilità) e, dalla 10ª ora in poi, una progressiva sterilizzazione microscopica; nella terza serie di animali, si osserva fin dalla 4ª ora una moltiplicazione dei germi, che diventa intensissima dopo la 12ª ora, gli animali morendo verso la 26ª ora, e si osserva altresì un'evidente prevalenza numerica dei grandi monociti sulla altre forme leucocitarie.

Esperienze analoghe a queste ultime sono state eseguite con streptococchi (Levaditi e Vaisman), pneumococchi e bacilli di Friedländer (Levaditi, Vaisman e Krassnoff).

In conclusione, sembra che l'azione dei sulfamidici sui germi sia duplice, e cioè: un'azione diretta, avente per effetto l'arresto della moltiplicazione dei germi (non però annullamento irreversibile della loro vitalità), e un'azione indiretta, consistente nel facilitare l'opera degli anticorpi e dei fagociti, difese naturali dell'organismo alle quali è dovuta la sterilizzazione finale. A. B.

La ripartizione e la migrazione dell'acqua nell'organismo.

(R. CACHERA. *La Presse Médic.*, 4-7 febbraio 1942).

L'acqua è il componente più importante dell'organismo umano, nel quale essa è ripartita in tre frazioni distinte: acqua del plasma, acqua dei liquidi interstiziali e acqua delle cellule.

L'acqua del plasma è la frazione circolante, quella che assicura i trasporti a grande velocità e che permette gli scambi urgenti quali quello dell'ossigeno, e mantiene le costanti organiche come la temperatura interna.

I liquidi intestiziali riempiono gli spazi del sistema lacunare e circolano con estrema lentezza.

L'idratazione cellulare è la meno mobile e cambia solo per serie ragioni e provoca coi suoi cambiamenti gravi ripercussioni sull'organismo.

L'acqua rappresenta i 2/3 (66 %) del peso dell'uomo ed è così ripartita: 5 % è l'acqua del plasma, 17 % quella dei liquidi interstiziali e il 44 % quella cellulare. Queste cifre rappresentano solo delle medie, perchè esistono di fatto ampie variazioni fisiologiche. Lo scheletro contiene meno acqua di tutti i tessuti (22 %); viene poi il tessuto adiposo (30 %), per cui i soggetti grassi sono per Kg. di peso, meno idratati dei magri. Esiste anche una grande elasticità, per cui si può modificare l'importanza rispettiva dei tre settori nella ripartizione idrica. Questi tre settori infatti sono in continuo adattamento sia per acquisizione o perdita esterna di acqua sia per cambi interni reciproci. Allo stato patologico l'equilibrio realizzato può essere ben lontano dalle cifre indicate.

Il volume del plasma si misura con metodi colorimetrici. L'A. adopera il metodo di Dawson, Evans e Wipple al blu Chicago 6 B coll'elettrofotometro di Mennier. Il valore medio normale è di 53 cc. di plasma per Kg. di peso, cioè press'a poco il 5 % del peso dell'adulto normale, quindi 3500 cc. per un uomo di 70 kg.

Crandall e Anderson, servendosi del metodo proposto da Loeper del solfocianato di sodio, hanno determinato il quantitativo di liquido interstiziale nel 25 % di peso, corrispondente al quantitavo di Cl e Na.

L'A. ha proposto una prova abbinata al solfocianato di sodio e al blu di Chicago Questa prova dà insieme il volume del plasma, quello dell'acqua extracelludare e infine quello dei liquidi interstiziali (acqua extracelluare-acqua plasmatica). Egli ha proposto inoltre di tener conto di un coefficiente importante e precisamente del rapporto $\frac{\text{liquido interstiziale}}{\text{plasma}}$. Secondo le sue ricerche i valori normali sono: liquido interstiziale 17 % del peso del corpo, plasma 5 %, liquido extracellulare 22 % e il valore medio del rapporto liquido interstiziale/plasma è di 3,4. Quindi i liquidi interstiziali sono in media 170 cc. per Kg. di peso, 12 litri circa per un uomo di 70 Kg.

Per quanto riguarda i liquidi intracellulari c'è da notare che mentre l'acqua costituisce il 70 % del protoplasma, ma si trova sopratutto come solvente dei cristalloidi e in minima parte come fase liquida di una sospensione colloidale di protidi e solo accessoriamente come acqua di imbibizione, l'acqua delle cellule invece si trova sotto tre stati. Precisamente si trova ad appartenere alla molecola stessa di alcuni costituenti cellulari; poi fra le grosse molecole proteiche che formano il nucleo o il citoplasma l'acqua è ritenuta per forza di attrazione come i geli colloidali e infine fra questi agglomerati restano delle molecole di acqua libera in cui sono disciolti gli elettroliti tissulari.

I metodi per conoscere la quantità di quest'acqua cellulare sono molto scarsi. Un primo mezzo di indagine è rappresentato dal volume dei globuli rossi, il cui rigonfiamento si deve ritenere come un trasferimento di liquidi verso le cellule. Un altro metodo è quello di conoscere gli altri due settori idrici.

In clinica si può avere un concetto di quello che avviene nei tessuti dallo stato delle cellule del sangue. Il volume globulare medio si ot-

tiene non coll'osservazione microscopica che permette di vedere solo un diametro, ma dividendo la cifra della massa globulare dell'ematocrito per il numero delle emazie trovate colla numerazione. Questo volume globulare è in media di 80-81 micron-cubici. In condizioni patologiche (insufficienza surrenale) si ha un rigonfiamento globulare che si deve ritenere come un trasferimento d'acqua verso le cellule. Però si può avere solo lontana analogia fra l'idratazione delle cellule libere del sangue e quella dei tessuti.

Un'altra fonte di notizie si ha ora che, come abbiamo visto, si possono misurare due dei tre settori idrici. Studiando i movimenti di acqua nella malattia di Addison l'A. in collaborazione con Barbier ha potuto fare un confronto fra perdita di peso da una parte e variazioni dei volumi plasmatico e interstiziale riuniti dall'altra. Se, per esempio, la perdita di peso è molto grande ed è proporzionalmente minore quella del plasma e dei liquidi interstiziali, bisogna pensare ad una disidratazione cellulare.

Clinicamente la misurazione dei liquidi dei tessuti è una cosa molto difficile. Bisogna ricorrere a metodi indiretti. Si ammette come postulato che praticamente il cloro è totalmente extracellulare, quindi dosando il cloro del muscolo e dividendo la quantità trovata per la concentrazione del cloro nei liquidi extracellulari, si ha il volume extracellulare compreso nel muscolo e, per differenza con l'idratazione globale di questo, si ha il volume del liquido intracellulare.

Il volume normale dei liquidi intracellulari così ottenuto oscilla fra 400 e 500 cc. per chilo di peso, cioè è di una trentina di litri per un uomo di 70 Kg. di peso.

Le variazioni fisiologiche di questo volume dipendono specialmente dall'età: i giovani hanno una frazione di acqua extracellulare superiore a quella dei vecchi. Mentre da un lato è completamente falso rappresentarsi questi settori liquidi dell'organismo come una cosa immutata, è d'altra parte difficile farsi un concetto reale dell'ampiezza della migrazione dei liquidi. C'è la tendenza a considerare il sangue come un sistema chiuso costantemente. L'esempio solo delle secrezioni digestive mostra che ogni giorno da 7 a 8 litri di liquido, cioè più del doppio del volume del plasma, sono presi dal sangue per essere versati nel tratto digestivo e finalmente restituiti in gran parte alla circolazione. Quindi la rete vascolare non è che un ricettacolo passeggero per una massa idrica viaggiante, temporaneamente specializzata come frazione liquida del sangue. Il passaggio di liquidi è ancora più facile fra il contenuto dei vasi e gli spazi interstiziali. In realtà non esiste un'acqua plasmatica, un'acqua interstiziale e un'acqua cellulare, ma esiste un'acqua sola che diventa plasmatica, interstiziale e cellulare secondo le leggi che governano la sua distribuzione.

Queste leggi possono essere schematizzate nella maniera seguente:

Gli scambi liquidi dipendono tanto dalla composizione dei liquidi quanto dalle condizioni delle pareti vascolari. L'acqua plasmatica e l'acqua interstiziale sono separate l'una dall'altra dalla membrana parietale capillare e possono essere spinte ad oltrepassare questa membrana tanto dalle forze di diffusione che tendono ad assumere l'equilibrio osmotico secondo la concentrazione degli elettroliti da tutt'e due la parti della membrana, quanto dalle forze di attrazione che tendono a realizzare l'imbibizione dei colloidi e che dipendono dal numero delle molecole protidiche del plasma. Il primo di questi due fattori è quello preponderante, poichè per i 9/10 la pressione osmotica dei liquidi dell'organismo è mantenuta dagli elettroliti.

Questo sistema di equilibrio idrico può essere facilmente disturbato. È nozione ormai acquisita che l'indebolimento dell'attrazione oncotica delle proteine come pure l'elevazione della pressione endovascolare nei casi di stasi conduce a fuoriuscita esagerata del liquido circolante con produzione di edema che infiltra lo spazio lacunare. Inoltre l'influenza degli elettroliti e delle proteine sull'equilibrio idrico è resa più complessa per il fatto che le variazioni di uno influiscono su quelle delle altre. Anche le modificazioni del pH hanno importanza sull'imbibizione delle proteine.

Per quanto riguarda la permeabilità delle pareti capillari, in alcuni stati patologici essa può essere talmente alterata da produrre un vero scombussolamento delle ripartizioni dei liquidi nell'organismo. Un esempio tipico si ha negli stati di shock, la cui base fisiopatologica fondamentale è rappresentata da un salasso all'indentro, provocato dalla vasodilatazione, dal rilasciamento dei capillari e da una permeabilizzazione delle loro pareti.

È interessante conoscere il meccanismo intimo degli scambi idrici fra liquidi interstiziali e liquidi intracellulari. Normalmente la concentrazione delle basi cellulari totali (potassio, magnesio, calcio) è uguale a quella delle basi interstiziali. Secondo Peters la membrana cellulare sarebbe impermeabile a quasi tutti gli ioni ad eccezione del potassio. Quindi sono gli spostamenti d'acqua e non degli ioni che ristabiliscono l'equilibrio osmotico fra cellule e liquidi che le bagnano, sebbene in condizioni patologiche le osservazioni di altri autori non quadrino con questa concezione di Peters.

Darrow e Yannet hanno potuto dare una dimostrazione persuasiva dell'importanza che ha la concentrazione elettrolitica del liquido extracellulare come regolatore essenziale della idratazione delle cellule. Essi, mediante iniezione nel peritoneo del cane di una soluzione

glucosata isotonica che evacuano dopo alcune ore, hanno potuto sottrarre fino al 25 % del sodio totale dell'organismo senza alterare la quantità globale dell'acqua del corpo. Questa perdita secca in elettroliti del plasma e dei liquidi interstiziali ha per risultato uno spostamento dell'acqua extracellulare verso i tessuti e la nuova distribuzione di acqua è caratterizzata da riduzione del volume liquido extracellulare con emoconcentrazione e da un sovraccarico di acqua delle cellule con diluizione del potassio.

Stabilito così il meccanismo dell'idratazione dell'organismo, è logico domandarsi quale è il suo determinismo. Qualche volta la causa prima e il meccanismo sono una cosa sola. Così avviene, per esempio, per le modificazioni del tasso degli elettroliti che si producono in maniera diciamo così primaria durante i vomiti ripetuti o nella dissenteria grave o sotto l'azione di un'iniezione salina terapeutica. Ma esistono altri fattori più complessi, come l'azione degli ormoni cortico-surrenali e ipofisari. Certamente devono esistere altri fattori che attualmente ci sono ignoti. L.

Ipoglicemia spontanea da tumore delle isole di Langerhans.

(C. VAN BEEK, A. J. CH. HAEX e P. J. KOOREMENN. *Acta med. scandin.*, fasc. II, 14 ottobre 1942).

La sindrome clinica provocata da somministrazione eccessiva di insulina fu descritta per la prima volta da Banting e poco dopo Harris emise l'ipotesi che gli stessi sintomi potessero essere provocati da iperinsulinismo. L'esattezza di questa supposizione fu confermata da Wilder in un caso di ipoglicemia spontanea da cancro delle isole di Langerhans con metastasi nodulari nel fegato. Howland descrisse poi un caso di ipoglicemia seguita all'estirpazione di un tumore delle isole di Langerhans.

L'ipoglicemia è una sidrome frequente e provoca disturbi che sono stati attribuiti a cause svariate: epilessia, tumore cerebrale, nevrastenia, colecistite, ulcera duodenale, ecc.

Gli AA. descrivono due casi di ipoglicemia da tumore delle isole di Langerhans. Il 1° caso riguardava una donna 53enne, obesa, in cui la diagnosi fu fatta solo all'autopsia. L'ammalata era morta con diagnosi di insufficienza cardiaca e uremia extrarenale e aveva avuto in vita una sintomatologia che non era stata molto chiara e che, comunque si inquadra perfettamente nell'ipoglicemia. Però questa diagnosi postuma fu fatta senza un reperto della glicemia, non essendo venuta in discussione questa alterazione.

Nel 2° caso si trattava di un adenoma delle isole del Langerhans in un operaio diciottenne, che aveva avuto uno svenimento mentre andava in bicicletta. Egli aveva avuto altri episodi identici in precedenza ed era stato curato come epilettico senza nessun risultato. Finalmente si sospettò che potesse trattarsi di ipoglicemia e si fece la ricerca sul sangue. La glicemia risultò essere di 0,45 per mille (e di poco si modificò sempre negli esami successivi, aggirandosi attorno ad una cifra che non ha mai superato 0,48. Non essendo state trovate alterazioni ipofisarie, nè tiroidee, nè surrenali che potessero spiegare la sintomatologia si fece diagnosi di adenoma del pancreas e si operò previo trattamento con destrosio a forti dosi. Dopo l'intervento il malato stette bene finchè si fecero infusioni di destrosio; ma appena cessate queste ebbe una grave crisi ipoglicemica. Non essendosi tolto coll'intervento del tessuto che istologicamente si dimostrasse alterato, fu rioperato otto settimane dopo il primo intervento. Pensando ad un'ipertrofia delle isole fu estirpata parte del pancreas. Contemporaneamente si fece la splenectomia per prevenire un'emorragia post-operatoria e si prelevò dal tessuto epatico per poter studiare il glicogeno.

Ma anche la seconda operazione fu un errore, perchè non solo non si trovarono alterazioni istologiche del tessuto asportato, ma nemmeno si ebbe nessun beneficio nei riguardi della sintomatologia.

Dieci settimane dopo la seconda operazione fu fatta una terza perchè era stato eseguito un esame radiologico che deponeva per un tumore della testa del pancreas. Questa volta fu trovato un tumore grande quanto una noce situato al disotto della papilla di Vater. L'operazione ebbe questa volta pieno successo, tanto che già ventiquatt'ore dopo non fu più necessario somministrare destrosio al malato. Controlli fatti tre e otto mesi dopo davano un ricambio idrocarbonato normale. L'esame istologico del tumore asportato dimostrò che si trattava di un adenoma.

L'ipoglicemia si deve distinguere in organica e funzionale. La diagnosi differenziale fra le varie forme si deve fare tenendo conto della glicemia a digiuno, della prova di tolleranza al destrosio, delle comuni ricerche sulla funzionalità epatica e del decorso clinico.

La possibilità di diagnosticare un tumore del pancreas in casi di ipoglicemia non è ammessa da tutti gli autori. Comunque, riconosciuta la causa organica della ipoglicemia è assolutamente necessario intervenire. Il secondo caso descritto dagli AA. è un esempio molto dimostrativo di quanto può essere utile l'operazione chirurgica.

Sono stati descritti dei casi in cui l'estirpazione del tumore pancreatico è stata seguita da iperglicemia transitoria. L.

Nel medico si deve condannare la negligenza non l'ignoranza.

GUIDO BACCELLI.

DIVAGAZIONI

La cachessia dei fumatori.

E' noto che l'abuso del fumo determina alterazioni più o meno gravi di varii organi e sistemi, ed in particolar modo a carico del cuore, dei vasi e del sistema nervoso.

E' stato accertato che l'intossicazione tabagica può provocare perfino l'insufficienza coronaria e l'infarto cardiaco, nonchè caratteristici disturbi circolatorii delle estremità che possono portare alla claudicazione intermittente che nel caso caratteristico vien detta anche « gambe da fumatori ».

Non è dubbio d'altra parte che la tromboangioite obliterante ha spesso un'etiologia nicotinica, e che questa intossicazione ha una grande influenza nell'aggravare o nel perdurare dell'ulcera gastrica e duodenale, e anche nel determinarne le recidive.

Il tabagismo infine provoca anche disturbi nervosi varii, come le polineuriti, disordini visivi di varia forma, accessi vertigini e stati di esaurimento, nonchè la ben nota faringite e bronchite dei fumatori e non è da escludere che giuochi la sua parte nella produzione dei tumori bronchiali.

Ma, osserva Hoff (*Med. Klinik*, 21 gennaio 1943) oltre queste forme sintomatologicamente ben definite e con netta localizzazione organica vi sono forme d'intossicazione tabagica che si manifestano con una sintomatologia molto vaga e senza apprezzabili alterazioni locali. Così è comunemente noto che i forti fumatori hanno spesso una tinta pallida, grigiastra ed anche un certo grado di scadimento generale. Tale quadro morboso può assumere un'intensità tale da potersi parlare addirittura di una vera cachessia.

Una prima osservazione al riguardo fu fatta su di una signora di 53 anni che vide il suo aspetto florido e robusto rapidamente deperire. Il suo colorito era grigiastro, mentre il peso del corpo diminuì rapidamente. L'aspetto ed il rapido decadimento generale facevano pensare ad un tumore maligno, ma tutti gli esami riuscirono negativi. D'altra parte tutte le cure sintomatiche non ebbero alcun effetto. All'anamnesi si rilevò che l'inferma fumava da molti anni da 20 a 40 sigarette al giorno. Naturalmente le si consigliò di smettere di fumare del tutto. Dopo poche settimane si notò un sorprendente aumento del peso del corpo, mentre l'aspetto ritornava sano e con esso il senso di benessere.

Questa prima osservazione fu seguita e confermata da una lunga serie di casi analoghi.

Tutti questi casi avevano in comune la caduta del peso e in quelli più avanzati il quadro clinico della cachessia, senza per altro alcuna lesione organica che la giustificasse.

Naturalmente questa cachessia può accompagnarsi alle altre note manifestazioni morbose da tabagismo a carico del cuore, dei vasi e del sistema nervoso.

Nella maggior parte dei casi si tratta di sfrenati fumatori di sigarette, ma la cachessia può aversi anche nei fumatori di pipa o di sigari.

Il trattamento razionale di questi disturbi consiste nell'astinenza assoluta dal fumo. Ogni compromesso è inutile.

È molto probabile che quest'intossicazione nicotinica cronica presupponga una sensibilità individuale, una specie di predisposizione, quale fu dimostrata da Cloetta nei lavoratori del tabacco.

Talvolta l'aumento di peso si ha nei fumatori a seguito dell'astinenza anche quando non esiste la cachessia.

È possibile che il fatto sia da mettersi in conto di un aumento dell'appetito perchè il fumare specie a stomaco vuoto riduce il normale senso della fame.

Il fumo produce a stomaco digiuno un aumento della acidità gastrica analogo a quello che si ha in seguito all'ingestione di cibi e, in certo qual modo, sostituisce il pasto con un riflesso condizionato.

Al riguardo sono interessanti le osservazioni fatte durante la guerra: i soldati quando avevano fame fumavano e chiamavano la sigaretta la colazione calda.

Non è dubbio che questo modo di calmare la fame è dannosissimo: si stabilisce un circolo vizioso per cui il fumare determina un eccitamento nervoso e questo induce a fumare di nuovo e così via.

Ma a parte ciò il disturbo dell'appetito prodotto dal fumo non è la sola causa della diminuzione di peso e della cachessia. In quanto questa e quello possono aversi anche senza perdita di appetito e con un'alimentazione abbondante, e l'aumento di peso in seguito all'astinenza dal fumo può aversi anche in tempi di restrizioni alimentari come gli attuali.

È più probabile che la cachessia sia dovuta all'azione tossica della nicotina sui centri vegetativi del ricambio. DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Ophthalmologische Operationslehre. Sotto la direzione di R. THIEL, 1ª dispensa, 298 pagine con 448 figure in parte a colori, ed. Thieme, Lipsia, 1942. Prezzo RM. 39,90.

Questo nuovo trattato di chirurgia oculare sarà composto di 4 dispense; ne è uscita la prima, di 298 pagine, largamente illustrata con materiale assolutamente originale dei singoli AA.

Nell'introduzione Thiel dice di aver voluto che nell'opera avessero posto solo quei metodi, antichi e recenti, che dessero sicuro affidamento di rispondere allo scopo, in modo da permettere all'oculista di applicarli con tranquillità nella sua pratica operatoria. L'importanza della descrizione delle singole tecniche consiste non solo nel parlare delle loro indicazioni, preparazione del malato, atto operatorio e trattamento post-operatorio, ma anche nella loro critica, ciò che permette all'oftalmologo di comprendere meglio ed applicare con maggiore discernimento i metodi esposti.

Gli AA. che hanno collaborato alla 1ª dispensa hanno risposto pienamente allo scopo, anche perchè si sono basati molto sulla esperienza personale; ciò risulta in particolare da una serie utilissima di consigli e di accorgimenti che vengono dati spesso per rendere più semplice e sicura l'esecuzione di una determinata operazione.

Il primo capitolo, quello sulle operazioni delle palpebre, è tratto magistralmente da Imre, il quale vi descrive anche numerosi metodi personali assai interessanti. Notiamo con piacere che per la prima volta viene riportato e messo in giusta luce il metodo di Bardelli per la ptosi palpebrale insieme agli altri classici metodi per questa affezione. Di particolare importanza è la descrizione delle tecniche per la totale ricostruzione della palpebra, giacchè esso ha un vivo interesse per la chirurgia di guerra oltre che per quella dei tumori ed infortunistica.

Jaensch tratta i metodi operatori sui muscoli oculari, premettendo un accenno sullo strabismo, sulle paralisi e sull'anatomia dei muscoli oculari. Dopo aver esposto i vari metodi operatori sui muscoli retti e su quelli obliqui, l'A. fa seguire un breve capitolo « Generalità sulle operazioni sui muscoli oculari » il quale è pieno di utili consigli per ogni operatore e nel quale vengono discussi i pregi ed i difetti delle singole tecniche, il dosaggio dell'intervento, il trattamento post-operatorio, ecc.

Meisner descrive le operazioni sulla congiuntiva, sulla cornea e sulla sclera, ed è particolarmente interessante la parte degli interventi sulla sclera per tumori, miopia e ferite.

La cheratoplastica viene trattata diffusamente da Loehlein, che è stato uno dei primi propugnatori di questo intervento. Egli premette un breve accenno alla evoluzione della cheratoplastica, e poi descrive i diversi metodi operatori ai quali egli stesso ha portato notevoli contributi personali. L'A. ritiene che nella scelta del materiale da trapiantare non abbiano importanza i gruppi sanguigni ed il sesso, mentre la cornea di individui anziani si presterebbe meglio di quella dei giovani perchè porta uno stimolo minore.

La fortuna di un trattato di tecnica chirurgica dipende non solo da un testo chiaro ma anche in gran parte da una iconografia ampia e scelta con particolare cura; nel caso di questa prima dispensa possiamo ben dire che lo scopo prefisso è stato raggiunto completamente grazie alla ricchezza e chiarezza delle figure le quali mettono alla portata di tutti i metodi operatori descritti. E notiamo qui che è stata usata largamente per la prima volta in un libro di chirurgia oculare la fotografia accanto al disegno schematico.

Ottima la veste tipografica.

FRANCESCO SCHUPFER.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA

L'elettrocardiogramma anormale.

K. Larsen e P. Magnusson (*Acta med. Scandin.*, fasc. IV-VI, 14 settembre 1942), hanno studiato il comportamento del tratto ST dell'elettrocardiogramma. Essi si sono occupati in modo particolare dei casi in cui questo tratto assume la forma a sella. Questa forma si presenta colla medesima frequenza in persone normali, in malati con circolazione normale, in malati con malattia cardiaca allo stato potenziale e in malati di cuore, per cui essa non ha nessuna importanza diagnostica. Lo stesso si deve dire per i casi in cui contemporaneamente si ha forma a sella del tratto ST nella I e II derivazione o in altre due derivazioni contemporaneamente.

La frequenza osservata nei 905 malati in cui fu fatta questa ricerca ha oscillato fra il 35 e il 45%. La forma a sella non ha nessun rapporto coll'età nè colla cura digitalica. L.

L'elettrocardiogramma dell'emorragia acuta dello stomaco e dell'intestino.

La letteratura riguardante le modificazioni elettrocardiografiche nelle anemie è stata abbondante negli ultimi 10-15 anni. Essa ha dato risultati discordanti nel senso che alcuni hanno trovato nelle anemie una percentuale elevata di elettrocardiogrammi patologici, mentre altri hanno notato alterazioni in percentuale così scarsa da essere di importanza trascurabile.

H. Rassmussen e M. Fos (*Acta med. Scandin.*, fasc. IV-VI, 14 settembre 1942) hanno studiato elettrocardiograficamente 45 malati di emorragia acuta gastro-intestinale (13 donne e 32 uomini). Di essi 17 avevano melena e 28 ematemesi. L'età media dei malati studiati era di 47 anni (massimo 82, minimo 15). 21 malati (46%) presentavano modificazioni elettrocardiografiche. 17 avevano un elettrocardiogramma nettamente alterato (abbassamento della line ST di 1 mm. e più al disotto della linea isoelettrica, onda T appianata), mentre 4 presentavano un elettrocardiogramma che considerato isolatamente non si poteva ritenere patologico, ma che appariva patologico per gli esami elettrocardiografici successivi.

Le alterazioni elettrocardiografiche osservate somigliano a quelle notate in casi di insufficienza coronarica, di angina pectoris, di ischemia miocardica.

Le ricerche degli autori non sono state completate da osservazioni sul volume totale del cuore e dal volume delle cellule e del plasma. Queste ricerche, eseguite da altri, hanno dimostrato che il volume plasmatico si ristabilisce molto rapidamente, in poche ore, per riassorbimento di liquidi dai tessuti. Però, siccome il volume cellulare si continua a mantenere ridotto, il volume del sangue totale rimane inferiore al normale per 3-6 settimane. Il comportamento alterato dell'elettrocardiogramma si mantiene oltre il limite di tempo necessario alla restaurazione del volume plasmatico.

Nessun rapporto esiste fra modificazione elettrocardiografica e stato anemico, come pure fra modificazione elettrocardiografica e pressione arteriosa. Invece pare che esista un certo rapporto fra l'azotemia e le modificazioni elettrocardiografiche, nel senso che una percentuale elevata dei malati esaminati presentava un'iperazotemia extrarenale.

Esperimenti fatti provocando anossiemia mediante respirazione di aria coll'apparecchio di Krogh per il metabolismo basale hanno dimostrato agli AA. che è proprio coll'anossiemia che è collegata la provocazione di alterazioni elettrocardiografiche. L'anossiemia miocardica è provocata, secondo gli AA., dallo spasmo delle coronarie interpretato come parte di spasmo generalizzato delle arterie e delle arteriole provocato dalla brusca riduzione del volume del sangue. Quindi le alterazioni elettrocardiografiche sono prodotte non dall'anemia, ma dalla emorragia. L.

Le alterazioni elettrocardiografiche nelle lesioni miocardiche tossinfettive.

Da molto tempo sono note queste alterazioni, ma mentre prima fu attratta l'attenzione solo sulla formazione e sulla conduzione dello stimolo, si sono poi studiate le alterazioni del tratto S-T e dell'onda T. Queste ultime sono ancora poco chiare ed oggetto di controversia.

R. Storti e F. Kienle (*Gazz. degli Osped. e delle Clin.*, 5-12 luglio 1942), studiando i tracciati elettrocardiografici di numerosi malati di tossinfezioni trovarono quanto segue.

Nelle miocarditi tossinfettive sono frequenti i disturbi della formazione degli stimoli e quindi è frequente trovare delle extrasistoli di Taara, per cui contrariamente all'opinione di molti ritengono che nelle tossinfezioni l'atrio è sempre interessato nelle lesioni miocardiche.

L'accresciuta formazione dello stimolo sopraventricolare nell'atrio e nel nodo di Tawara può manifestarsi anche con una tachicardia parossistica. Le alterazioni di conduzione dell'eccitamento nel fascio di His o nelle branche ventricolari di Tawara sono, nella maggior parte dei casi, manifestazioni di grave alterazione miocardiaca e si manifestano o con un semplice allungamento del tempo di conduzione o con un blocco atrioventricolare totale. Il blocco atrioventricolare totale ha significato molto grave.

I focolai tossici o infiammatori ventricolari si manifestano in tre modi: con allargamento e seghettatura del complesso Q-R-S, con abbassamento del tratto S-T e con onda T negativa o bifasica.

L'elettrocardiogramma da sforzo costituisce un prezioso mezzo di indagine per la messa in evidenza di lesioni miocardiche tossi-infettive clinicamente latenti, perchè permette di mettere in evidenza alterazioni che erano sfuggite sul tracciato preso in condizioni di riposo.

È bene anche ripetere il tracciato a riposo più volte, perchè esiste una reversibilità delle alterazioni riscontrate e questo permette di dare un giudizio prognostico più favorevole.

Non esiste però nessun tracciato elettrocardiografico che permetta di riconoscere un'alterazione di origine tossi-infettiva. L.

CASISTICA E TERAPIA.

L'ulcera del deserto.

Il prof. A. Castellani, maestro di patologia tropicale — del quale non occorre ricordare i numerosi e importantissimi contributi portati a questa branca della medicina e l'instancabile attività, per la quale anche oggi dedica la propria alta competenza a difesa della salute dei nostri valorosi soldati — descrive negli *Annali d'Igiene* (dicembre 1942-XX) una nuova forma morbosa da lui osservata fra le truppe operanti nell'Africa del Nord. Si tratta di un'ulcera della gamba, a lento decorso, che i soldati stessi chiamano « Ulcera del deserto » e molti medici invece ulcera tropicale, benchè clinicamente ed eziologicamente sia diversa dal vero *Ulcus tropicum*. L'ulcera si presenta in due forme: aperta o coperta di crosta; nella pima si vedono al 3° medio o inferiore della gamba da una a quattro ulcerazioni, raramente di più, con margine regolare, fondo rosso, talvolta con pus, attorniate da un alone infiammatorio, per solito poco dolenti e con scarso prurito. Raramente si hanno ulcere sui piedi, le mani, le braccia o in altre regioni. Nella forma coperta vi è una crosta brunastra o rossastra, giallastra o biancastra, che si estende oltre il margine dell'ulcera. Il decorso è lentissimo; una guarigione spontanea non avviene mai prima di 4-12 mesi e possono aversi recidive; non si osservano nè linfangiti nè adeniti o altre complicanze. La cura che sinora ha dato migliori resultati è quella del riposo con impacchi caldi di acido borico per due settimane e poi applicazioni di un unguento al dermatolo; in qualche caso hanno giovato le applicazioni locali di sulfonamidici. Dall'ulcera il Castellani ha isolato, con le culture in agar alla tripsina, un micrococco Gram-negativo che designa come *Micrococcus (Streptococcus) mycetoides*, appartenente al gruppo del *M. myceticus* o *metamyceticus* da lui accertato in altre forme morbose, e del quale descrive i caratteri microscopici e colturali. Con le colture pure l'ulcera è stata riprodotta in due volontari e si è riottenuto il micrococco inoculato. Sono in corso ricerche per la preparazione di un vaccino dal germe isolato. Il Castellani propone di adottare, per questa affezione, la denominazione popolare di « Ulcera del deserto » o quella di « Ulcera micetoidea del deserto ». L'articolo è corredato di due tavole con 9 figure molto dimostrative riproducenti il micrococco e le ulcere spontanee e sperimentali. F. J.

Contributo alla clinica, patogenesi e prognosi della polisierosite.

La polisierosite, dice J. Obstmayer (*Wien. Klin. Wochenschr*, 11 dicembre 1942), non è che una forma di manifestazione della tubercolosi. E' però una forma molto importante, che in senso prognostico è stata per lungo tempo sottovalutata, così come lo è stata la cosiddetta pleurite « idiopatica ». La tubercolosi delle cavità sierose si determina quasi sempre per via ematogena. Una pleurite, pericardite, peritonite siero-fibrinosa e la polisierosite tipica per lo più non sono conseguenza di una unica invasione nel sangue di bacilli di Koch. Negli ammalati di polisierosite la infezione è recente, ancora in piena attività, per cui i bacilli tubercolari vengono di continuo immessi nel torrente circolatorio, in successive ondate. Perciò i colpiti sono quasi esclusivamente individui in giovane età. La polisierosite classica è rara. Infatti la forma tipica, caratterizzata da grandi versamenti contemporanei in più cavità sierose costituisce l'eccezione; molto più spesso i singoli versamenti si manifestano successivamente, talora anche separati da lunghi intervalli. La maggior parte dei pazienti poi soccombe ad una meningite tubercolare prima che nelle cavità sierose colpite si possano sviluppare le conseguenze ulteriori della infezione (p. es. tubercolosi peritoneale o articolare). L'A. ha potuto seguire per due anni una tipica forma di polisierosite, grazie alla mancanza della complicazione meningea. Il decorso intermittente della malattia era la migliore prova della genesi ematogena della malattia. Il focolaio infettivo endogeno ha continuato per più di due anni a versare di tanto in tanto bacilli di Koch nel sangue: è stato possibile, cosa rara, osservare di mese in mese lo sviluppo del versamento peritoneale fino alla tubercolosi del peritoneo. Esito letale. In genere la prognosi della polisierosite è sempre molto seria, se pure i singoli versamenti possono scomparire dando così la illusione di una guarigione. La tubercolosi peritoneale ematogena si inizia sempre con un versamento sieroso, perfettamente identico a quello della pleurite sierosa; la ricerca dei bacilli di Koch nell'essudato può essere negativa, eppure dopo mesi od anni si sviluppa una tipica tubercolosi peritoneale. Importante per

la prognosi è se dopo scomparsi gli essudati si formino aderenze e cotenne, e se segua una vera tubercolosi della sierosa. A tale riguardo il peritoneo si differenzia da tutte le altre sierose. Mentre infatti si osserva solo di rado il passaggio di essudati pericardici e pleurici in tubercolosi del pericardio o della pleura, l'essudato tubercolare del peritoneo va a finire sempre in tubercolosi peritoneale. L.

Trattamento dei processi suppurati degli arti con iniezioni endoarteriose di sulfonamidici.

Partendo dal concetto che la sulfamidoterapia è efficace in molte forme batteriche, P. Tagariello (*Minerva Medica*, 29 dicembre, 1942), ha voluto servirsene nelle suppurazioni degli arti. Poichè l'azione dei sulfamidici si esplica solo ad una certa concentrazione di essi nel sangue (da 5 a 10 mg. %) si deve ritenere che il fattore concentrazione abbia notevole importanza. Per ottenere la maggior concentrazione nel sangue, sia pure per poco tempo, l'A. ha pensato di iniettare il medicamento nell'arteria principale dell'arto malato in modo da far giungere subito il preparato nella zona infetta.

Dopo aver descritto la tecnica dell'iniezione endoarteriosa nell'omerale e nella femorale, egli riferisce i risultati ottenuti. I casi trattati erano 25 flemmoni della mano, 14 patereccì e 11 flemmoni degli arti inferiori. In tutti i casi si ebbe un arresto dell'infezione, il che costituisce una differenza notevole dai risultati spesso nulli della sulfamidoterapia per via orale in casi del genere. I risultati sono tanto più brillanti quanto più precocemente si istituisce la sulfamidoterapia endoarteriosa, tanto che se si istituisce nel periodo infiltrativo si ha un'azione abortiva.

La soluzione adoperata per le iniezioni endoarteriose è stata di 5 cc. contenente un grammo di sulfamidico tiazolico. L.

MEDICINA SCIENTIFICA

Contenuto in ferro del siero in soggetti affetti da anemia perniciosa.

Dalle ricerche di numerosi autori è noto che il contenuto in ferro del siero degli anemici perniciosi non trattati è notevolmente aumentato. Dopo la istituzione della terapia epatica, il ferro del siero cade rapidamente a valori subnormali e questo sembra essere uno dei più precoci effetti del trattamento poichè esso si verifica prima dell'aumento dei reticolociti. I valori del ferro si tengono per qualche tempo a un livello basso per risalire poi lentamente al livello normale.

K. Brochner-Mortensen (*Acta Medica Scandinavica*, fascicolo I, 1943) ha dosato il ferro del siero in 15 pazienti affetti da anemia perniciosa prima e durante la opoterapia epatica. Il contenuto in ferro del siero fu trovato superiore ai 200 mg. % in 7 dei 15 pazienti; anche negli altri 8 furono però trovati valori alti. Immediatamente dopo l'inizio della terapia epatica e pochi giorni prima dell'aumento dei reticolociti, vi fu una pronunciata caduta dei valori del ferro. All'interruzione del trattamento corrispondeva un aumento del ferro del siero.

Occasionalmente furono notati valori eccessivamente bassi del ferro del siero sotto il trattamento, insieme ad un basso valore globulare, indicante deficienza di ferro.

Secondo Brochner-Mortensen i valori alti del ferro nel siero degli anemici perniciosi non trattati si spiegano col fatto che la liberazione di ferro attraverso la distruzione degli eritrociti è maggiore del consumo di ferro per la formazione di emoglobina, data la incompleta maturazione degli eritrociti. D'altra parte la caduta dei valori del ferro in seguito alla epatoterapia è dovuta non solo all'aumento di formazione dell'emoglobina ma anche alla diminuita distruzione di eritrociti.

Gli anemici perniciosi non trattati presentano abitualmente grandi quantità di ferro accumulate nei depositi e specialmente nel fegato. I valori subnormali del ferro osservati subito dopo l'inizio della epatoterapia si devono probabilmente alla circostanza che la mobilizzazione del ferro dai depositi è lenta, dopo il consumo di ferro nel midollo delle ossa. Pertanto i valori subnormali non possono essere ragionevolmente considerati come espressione di deficienza di ferro, come è stato sostenuto da qualcuno. C. IANDOLO.

VARIA

La mortalità femminile in Italia.

In corrispondenza dell'VIII Censimento della popolazione, sono state costruite tavole di mortalità solo per la popolazione femminile — relativamente al periodo 1935-1937 — perchè le note ripercussioni delle campagne d'Africa e di Spagna, sul movimento della popolazione di quel periodo, hanno sconsigliato la costruzione di tali tavole per la popolazione maschile. La popolazione femminile è stata considerata in complesso e distintamente, secondo le condizioni di stato civile, nel Regno e nelle singole Ripartizioni geografiche; il metodo di costruzione è essenzialmente analogo a quello adottato per le precedenti tavole 1930-32.

Malgrado la brevità del periodo trascorso dall'osservazione precedente, la mortalità femminile in Italia è, in complesso, sensibilmente diminuita durante il periodo stesso: la vita media alla nascita, che nel Regno era di 56 anni, nel 1930-32, è aumentata ad anni 57 ½ nel 1935-1937.

In appendice viene data la popolazione femminile del Regno e delle singole Ripartizioni geografiche, distinta per età e per stato sociale, al principio di ciascuno degli anni dal 1935 al 1938.

(Da *L'Arte Ostetrica*, 15 febbr. 1943).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CULTURA SUPERIORE

Gli esami di libera docenza per la sessione dell'anno 1943.

Con ordinanza ministeriale del 20 marzo 1943-XXI, da pubblicare nella *Gazzetta Ufficiale* del Regno e nel Bollettino Ufficiale (parte I) del Ministero dell'Educazione Nazionale, è stata indetta la sessione degli esami di libera docenza per l'anno 1943-XXI.

Le domande degli interessati, corredate dei prescritti documenti, dovranno pervenire al Ministero dell'Educazione Nazionale (Direzione Generale dell'Ordine universitario) non oltre 31 agosto 1943-XXI ed il termine massimo per l'invio delle pubblicazioni ai commissari scadrà col 31 ottobre successivo.

Tali termini sono prorogati rispettivamente al 30 settembre 1943-XXI e al 30 novembre 1943-XXI per talune categorie di aspiranti in servizio militare e per i candidati residenti all'estero.

CONCORSI.

Posti vacanti.

UDINE. — Aiuto e assistente Radiologia per pronta assunzione servizio ricerche, *Ospedali civili di Udine*. Inviare domanda al presidente dell'Ospedale.

Concorsi a premi.

Fondazione « Massimo ed Elide Piccinini » per la storia della medicina.

In adempimento alle disposizioni della Fondazione « Massimo ed Elide Piccinini » istituita dal prof. P. Piccinini per la storia della medicina, presso gli Istituti Ospitalieri di Milano è aperto il concorso per l'anno 1943-XXI al premio di lire 2500 da conferirsi ad autori di lavori sui temi: a) *La storia degli Ospedali in Italia e all'estero nei rapporti cogli Ordini Religiosi;* b) *La storia della medicina ed igiene di Roma antica (periodo imperiale).*

Potranno partecipare al concorso i cittadini italiani di razza ariana iscritti al P.N.F. ed anche gli Ecclesiastici e gli iscritti alla Pontificia Università Gregoriana.

I concorrenti dovranno presentare le loro memorie all'Ufficio di Protocollo dell'Ospedale Maggiore di Milano non più tardi del 12 ottobre 1943-XXI in cinque copie. Per le altre norme chiedere copia del bando di concorso all'Ufficio predetto.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

RICOMPENSE AL VALOR MILITARE

a ufficiali del Corpo Sanitario aeronautico.

Ordine Militare di Savoia: col. med. Giuseppe Del Vasto.

Medaglia d'argento: maggiori med. Emanuele Stolfi, Armando Giustizieri.

Medaglia di bronzo: capitani med. Bruno Monaco, Mario Sangiovanni; tenenti med. Luigi De Paola, Mario Coppola, Giacomo Ferro; sottotenenti med. di complem. Giangiacomo Operti, Gaetano Coglitore, Giovanni Marchiafava.

Croce di guerra sul campo: capitani med. Giovanni Putzolu, Giorgio Zuddas; tenente med. Giuseppe Loriga.

Croce di guerra: maggiore med. Domenico Cuzzocrea; capitani med. Ugo Fiamminghi, Gennaro Accardi; tenenti med. Clemente Saquella, Giovanni D'Ambrosio, Luigi De Paola, Giuseppe Mazzola, Ferruccio Battistini; sottotenenti med. di complemento Luigi Esposito, Mario Grasso, Vincenzo Giovannuzzi.

Il prof. Emilio J. Pampana è stato chiamato dalla Lega internazionale delle Società della Croce Rossa a Ginevra per riorganizzare e dirigere l'Ufficio d'igiene e di soccorso.

Il dott. Max Dohrn, direttore del Laboratorio farmacologico della Casa Schering a Berlino, ha ricevuto il titolo onorario di professore. Si devono al Dohrn la scoperta e l'allestimento di vari medicinali sintetici: l'atofan, l'albucid, l'uroselectan, il biliselectan.

Sono trasferiti i proff. Riccardo Gallenga, ordinario di clinica oculistica, da Cagliari a Parma; Luigi Michelazzi, straord. di patologia generale, da Cagliari a Ferrara; Enea Scolari, straordinario di clinica dermosifilopatica, da Sassari a Catania; Renato De Nunno, straordinario di clinica delle malattie infettive, da Sassari a Perugia.

Il premio « Vincenzo Privato », istituito presso l'università di Milano in favore del miglior allievo della Scuola di perfezionamento in odontoiatria, è stato assegnato per l'anno accademico 1942-1943 al dott. Oreste Lambertenghi.

NOTIZIE DIVERSE

L'assistenza agli invalidi di guerra sfollati.

Il cons. naz. Gianni Baccarini, presidente dell'Opera Nazionale per gli invalidi di guerra sollecito della situazione in cui vengono a trovarsi gli Invalidi di guerra sfollati dalle località colpite dalla cieca barbarie nemica, ha impartito precise norme e categoriche direttive alle dipendenti Rappresentanze Provinciali dell'Opera, perchè essi non abbiano a subire alcuna sosta nel trattamento assistenziale del quale fruiscono in rapporto alla loro infermità di guerra.

Per un eventuale trasferimento degli istituti universitari di Milano.

Si è potuto trasferire in luoghi sicuri tutto il materiale dell'Università di Milano, il quale altrimenti avrebbe dovuto sottostare, con grave pericolo di essere distrutto, alle eventuali incursioni aeree nemiche. Già nella sede di corso Roma, una parte della biblioteca della facoltà di giurisprudenza veniva distrutta in seguito all'aggressione aerea del 24 ottobre scorso e ciò ha fatto accelerare il ritmo del trasferimento del materiale universitario che è stato depositato in diversi posti di campagna, anche nelle ville degli stessi profes-

sori che potranno avere così sott'occhio gli strumenti e le opere da loro già usati quali materiali di studio e d'insegnamento. Ora è allo studio, e sarà presto realizzato lo sfollamento di tutta l'Università, quale organismo didattico ed amministrativo. La sede di fortuna è stata trovata a Bergamo. In un primo tempo, il rettore prof. Pestalozza considerò la possibilità di far funzionare l'Università nelle immediate vicinanze della città. Ma l'idea si dovette scartare in quanto le difficoltà ambientali e sopratutto logistiche risultarono del tutto insormontabili. Perciò la possibilità di costituire tale sede di fortuna in una città fu subito considerata. E la città prescelta fu Bergamo la quale offre, oltre alla possibilità di creare l'ambiente vero e proprio dell'Università, facilitazioni di alloggio e di comunicazioni. Si capisce che difficoltà sussistono e i sacrifici che si dovranno affrontare non saranno indifferenti. Tuttavia con un po' di pazienza e di spirito di adattamento saranno facilmente superate. Il posto della nuova e temporanea sede, che sarà solamente usata in caso di urgente necessità, si trova nella parte alta di Bergamo, in un antico convento francescano il quale offre un'ottima atmosfera di studio e di raccoglimento. La sede ospitava, fino a poco tempo fa, un corso di scuole elementari ed uno d'avviamento professionale. Questi ora sono stati trasportati altrove, e l'organizzazione per accogliere l'Università è in atto.

Per la facoltà di medicina, ci si potrà valere di una disposizione ministeriale la quale consente, nel caso d'emergenza, di clinicizzare gli ospedali. Perciò la clinicizzazione del grande ospedale locale darà modo a tutte le cliniche e a tutti gli istituti dell'Università di trasferirsi pur essi a Bergamo. L'omogeneità del centro di studi, trasferendosi esso quasi tutto in blocco in una stessa sede, potrà soddisfare, con maggior elasticità, alle esigenze didattiche ed amministrative. La clinicizzazione dell'ospedale non è però ancora un fatto acquisito, ma si spera che potrà in caso urgente essere presto realizzata.

La Colonia permanente al Lido di Roma per i fanciulli predisposti.

Fra le molteplici istituzioni assistenziali del Governatorato di Roma a favore dell'infanzia, ve n'è una che merita particolare rilievo per la sua perfetta organizzazione: alludiamo alla « Colonia Profilattica Permanente Vittorio Emanuele III », al Lido di Roma.

Questa colonia accoglie oltre 500 fanciulli di ambo i sessi, figli di malati di tubercolosi, in un grandioso edificio, all'uopo costruito, che si apre sul viale Cristoforo Colombo, al cospetto del mare.

Per circa quindici anni, e cioè dal 1915 al 1929, la « Colonia marina di Ostia » ha funzionato in un piccolo padiglione eretto sulla spiaggia e capace di accogliere appena un centinaio di bambini. Ma nel 1930, ultimata la costruzione del nuovo edificio, sorto di fronte al predetto padiglione, la « Colonia » potè assurgere ad importanza tale da farla considerare come una delle migliori istituzioni del genere esistenti in Europa. Il fabbricato è a due piani, oltre lo scantinato. In quest'ultimo sono disposti i servizi (bagni, accettazione, cucina, dispensa, frigorifero, guardaroba, fardelleria, lavanderia, stireria, caldaie, magazzini, ecc.); al piano terreno il parlatorio, una grande e artistica cappella, i refettori, i dormitori; al secondo piano altri dormitori, le aule scolastiche, un museo, una sala per trattenimenti. Ogni dormitorio ha lavabi, gabinetti, docce. La scuola dispone di grandi aule per l'asilo e per tutte le classi elementari. V'è poi una sopraelevazione destinata all'abitazione delle suore, all'alloggio del personale femminile, all'infermeria con relativi reparti di isolamento.

L'ordine e la pulizia regnano sovrani ovunque. Le camerate adibite a dormitori, contengono 30 letti ciascuna. Le norme igieniche sono costantemente osservate con cura scrupolosa, attraverso l'opera tenace e appassionata delle 22 suore e delle 37 inservienti addette alla « Colonia ».

Gli oggetti personali (biancheria da toletta, indumenti di vestiario, piatti, scodelle, posate, ecc.) sono contrassegnati col numero che distingue ogni singolo ricoverato; ciò sia per ragioni igieniche e sia per il necessario controllo dei vari corredi.

La giornata dei fanciulli è regolata con precise disposizioni.

Il vitto, sano e abbondante, è razionalmente distribuito e consta di cibi nutrientissimi, a cui si aggiungono ottime marmellate, prodotte nella stessa Colonia.

La superiora, Suor Diomira Mancini, dedele interprete delle direttive segnate dal direttore dell'Ufficio d'igiene, prof. Cramarossa, ha saputo imprimere all'istituzione il più alto spirito di disciplina ed il più elevato senso del dovere.

La « Colonia » ha il duplice scopo di sottrarre i bambini al contagio tubercolare domestico e di rinvigorirli per farli divenire giovani sani e robusti: perciò ricovera fanciulli dai 5 ai 12 anni riconosciuti sani ma coabitanti con parenti affetti da tubercolosi.

Medici italiani ed Oriente Asiatico.

Con riferimento ad una delle recenti iniziative della « Associazione Medici Italiani Artisti e Scrittori » (AMIAS) e precisamente a quella riguardante i rapporti con l'Oriente Asiatico, saranno resi noti i risultati riguardanti: 1) Contributi alla storia della medicina; 2) Libri di guerra e patriottici.

Fra i libri che dimostrano l'interessamento dei medici italiani all'Oriente Asiatico, segnaliamo intanto i seguenti:

Dott. D. A. Mazzolani: « La Cina », con 68 fotografie. Tipografia Pirotta, Tripoli, via Mizran 170 (con dedica a Ferdinando Martini), 1915.

Dott. Alberto Poggi: « Misteri e religioni dell'India », con 84 illustrazioni, Milano, Editori F.lli Treves (ora Garzanti), 1929.

Prof. Paolo Desideri: « Piccolo Dizionario Cinese-Italiano ». Con spiegazione di diecimila ideogrammi. Torino, 1932, Tipografia Boccardo.

Mentre possono considerarsi reperibili questi due ultimi libri, il primo dovuto all'insigne compianto collega Mazzolani, è quasi assolutamente irreperibile e farà cosa graditissima chi potrà segnalarne il possesso di una copia all'« Ufficio Stampa Medica Italiana », via Vallazze 39, Milano.

Un divieto britannico.

« Il Messaggero » del 19 marzo reca:

Il Governo britannico ha rifiutato alla Croce Rossa nordamericana l'autorizzazione di inviare pacchi postali alla popolazione civile del Belgio. I pacchi contenevano latte in polvere, destinato agli ospedali. Questo gesto tipicamente britannico è

acerbamente condannato dai giornali degli Stati Uniti, i quali rilevano che la Croce Rossa era stata già autorizzata dalle competenti autorità di Washington e che, per conseguenza, il divieto costituisce un affronto all'alleata nordamericana. L'affronto c'è, ma c'è ben altro d'implicito in quel divieto, che i giornali degli Stati Uniti lasciano, diplomaticamente, nella penna.

Un po' dovunque.

La Principessa di Piemonte ha visitato a Napoli i marinai ricoverati nell'Ospedale di Marina, feriti nelle ultime incursioni di guerra.

Il prof. Ottorino Uffreduzzi, direttore della R. Clinica chirurgica di Torino, ha rievocato, nell'Accademia di Medicina di questa città, i mesi trascorsi con l'Armata italiana in un Centro chirurgico istituito dalla Direzione di Sanità militare sul fronte russo.

Il 2 febbraio il prof. Arrigo Colarizi, nuovo titolare della cattedra di Clinica pediatrica a Modena, ha tenuto la sua prolusione, sul tema: « Ciò che il bambino insegna al medico ».

Il 17 aprile alle ore 18 a Venezia il prof. Giuseppe Alberti terrà, su invito dell'Ateneo Veneto, una conferenza sul tema: « Riabilitazione medico-fisiologica di Giacomo Leopardi », nell'antica sede del glorioso sodalizio culturale.

La Società medico-chirurgica di Modena e la Sezione modenese della Società di biologia sperimentale si sono adunate l'11 febbraio; sono state fatte comunicazioni da: R. Vendramini e B. Poldi, Maria Peliola, E. Rizzati, P. Caccialanza, G. Robba N. Vincenzi, I. Vandelli, lo stesso e F. Scaltriti, W. e A. Mattioli.

Il 6 febbraio il prof. Mario Girolami ha tenuto a Cagliari la prolusione al suo corso di clinica delle malattie tropicali e subtropicali.

La vedova di Roberto Koch, signora Edvige, ha compiuto il 79° anno. Fu una collaboratrice preziosa del grande batteriologo, da lei seguito nei lunghi viaggi — a quei tempi disagevoli — in Egitto, India, Africa, Nuova Guinea Giappone. Ella apprendeva con facilità lingue e dialetti e perciò seppe rendersi utile anche in tale campo, durante le inchieste sanitarie presso gl'indigeni. Il Koch si compiaceva di proclamare quanto doveva alla moglie, specialmente per i lavori sulla tubercolosi. La signora Edvige dopo rimasta vedova ha ripreso i viaggi in oriente, interessandosi non più alla microbiologia, ma all'arte, alla filosofia, alle religioni e ai costumi di quelle popolazioni.

In Romania vi sono tre aviatrici pilote addette al trasporto aereo dei feriti gravi dal fronte agli ospedali delle retrovie. Una di esse è Nadia Russo, nota da tempo quale un asso dell'aviazione femminile. Il « Corriere della Sera » del 20 marzo riferisce alcuni brani di conversazione da lei avuti col corrispondente Virgilio Lilli.

Indice alfabetico per materie

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME L Roma, 12 Aprile 1943 - XXI Num. 15

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL «POLICLINICO» PER L'ANNO 1943

Singoli: Italia Estero

(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale) L. 100 L. 145

(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . . . L. 70 L. 80

(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile) . L. 70 L. 80

Cumulativi: Italia Estero

(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . . . L. 155 L. 210

(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica) L. 155 L. 210

(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chir.) . L. 200 L. 275

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 7; della PRATICA L. 5.

I numeri, che vengono tutti scrupolosamente spediti, se non reclamati entro un mese dalla loro pubblicazione, si rinviano soltanto a pagamento

L'importo dell'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato, *senza tassa*, nel Conto Corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. 5.

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

R. ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA E METODOLOGIA CLINICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA

Diretto dal Senatore Professore NICOLA PENDE

La reazione di Friedmann negli intersessuali.

Dott. TEUCLO DATI, aiuto volontario.

L'ovaio è costituito dalla midollare formata di uno stroma connettivo-muscolarè ricco di vasi e dalla corticale periferica dotata di formazioni caratteristiche e specifiche, che dalla prima età della vita fino alla menopausa, si distinguono in: follicolo primordiale o giovanile, follicolo in via di sviluppo, follicolo adulto o vescicoloso o di Graaf, follicolo atresico o corpo luteo falso.

Il follicolo, raggiunta la maturità, sporge sempre più verso l'esterno fino a quando, per l'aumento di pressione del liquido follicolare, scoppia liberando l'ovulo che può essere o no fecondato. Avvenuta la deiscenza, il residuo follicolare si trasforma in un cordone di cellule luteiniche identificabili come cellule della granulosa, ingrandite, cariche di pigmento e sostenute da travate connettivali ricche di vasi.

Il corpo luteo falso o mestruale dura solo qualche giorno, quello gravidico permane fino al terzo-quarto mese di gravidanza. L'involuzione e la scomparsa del corpo luteo, che determinano la sostituzione di tessuto cicatriziale alle cellule luteiniche, avvengono rapidamente in quello mestruale, mentre in quello gravidico durano a lungo, per completarsi a volte solo dopo il parto (Cuboni).

Nell'ovaio esistono inoltre gruppi di cellule disseminate che hanno una suggestiva analogia morfologica con le cellule interstiziali del testicolo. Come le cellule interstiziali testicolari derivano da elementi mesenchimali della membrana propria dei tubuli seminiferi e da trasformazione di elementi propri dello stroma testicolare, così le cellule interstiziali dell'ovaia derivano tanto dagli elementi connettivali della teca interna del follicolo, quanto da trasforma-

zione delle cellule connettivali dello stroma ovarico (Pende). Queste cellule interstiziali, oggi ammesse come entità anatomica, variano secondo la specie animale (la donna, che ha più tipi di corpi lutei — gestativi e periodici — con ovulazione spontanea, ha la ghiandola interstiziale ovarica scarsamente sviluppata) e secondo i vari periodi fisiologici della vita sessuale (Wallart). Nella donna gli elementi interstiziali crescono progressivamente fino alla pubertà, aumentano di volume e di numero nel premestruo, nella gravidanza fisiologica e patologica (molare), nelle intossicazioni leggere, nelle infezioni, nella degenerazione microcistica dell'ovaio (Pende), persistono per molto tempo solo residui nel climaterio (Pende), mentre degenerano negli stati cachettici (Pende).

Esiste analogia tra l'iperplasia della ghiandola interstiziale testicolare, quando è impedito il funzionamento della linea seminale e l'iperplasia della ghiandola interstiziale ovarica, quando è ostacolata la secrezione ovulare da parte dei follicoli, come avviene durante la gravidanza o in seguito a degenerazione cistica o ad atrofia follicolare (Pende).

Inoltre, anche nell'ovaio, come avviene nel testicolo, si nota l'iperplasia compensatoria della ghiandola interstiziale di un ovaio, dopo l'asportazione dell'altro.

La ghiandola interstiziale ovarica favorisce lo sviluppo dei caratteri sessuali femminili, in collaborazione o in sostituzione delle cellule follicolari, e forse anche del tessuto generativo ovarico (Pende).

Alcuni autori (Frankel, Ancel, Bonin), fondandosi sull'osservazione che essa è molto sviluppata negli animali in cui si formano corpi lutei solo quando l'ovulazione è provocata dal contatto sessuale, mentre è scarsamente sviluppata negli animali con corpi lutei periodici e gestativi, sostengono che la ghiandola interstiziale supplisce le funzioni del corpo luteo.

Von Biedl afferma che la ghiandola interstiziale ovarica si sostituisce funzionalmente al corpo luteo gravidico che, dopo il terzo mese, comincia a regredire.

Le secrezioni sessuali femminili, che hanno compiti ben distinti nella determinazione del ciclo sessuale, derivano da due diverse ghiandole: ipofisi ed ovaio. Questi ormoni, la cui produzione aumenta durante lo stato di gravidanza, originano dal corpo luteo, dal follicolo (luteina e follicolina) e dal lobo anteriore dell'ipofisi (chiamato da Aschheim motore dell'ovaio), il quale versa in circolo il Prolan A, che determina la maturazione dei follicoli ovarici, ed il Prolan B, che trasforma i follicoli scoppiati in corpi lutei.

La follicolina, elaborata anche dalla placenta, iniettata nelle topine castrate provoca l'estro ed esplica nelle donne una funzione trofica sull'apparato genitale; si accumula progressivamente e scompare al termine della gravidanza; può comparire in discreta quantità nelle urine di donna in prossimità delle mestruazioni, all'inizio della menopausa, ed in alcune forme di amenorrea (degenerazione policistica dell'ovaia e cisti follicolari).

La luteina dà luogo, sulla mucosa dell'utero, alle modificazioni caratteristiche dello stato gravidico.

Nelle urine di donna gravida si possono dimostrare anche altre sostanze chiamate col nome generico di « sostanze gonadotrope » le quali, elaborate dalla placenta, dimostrano la stessa azione degli ormoni preipofisari (Cuboni). Le sostanze gonadotrope ipofisario-simili, aumentano bruscamente nel sangue e nelle urine subito dopo il concepimento, si mantengono ad un livello elevato all'8° mese, scompaiono 6-8 giorni dopo il parto, si trovano nel corpo luteo gravidico e non in quello mestruale (Aschheim), passano nel liquido amniotico della donna (Huddleston e Whitehead), nella saliva (Reiner), nel colostro durante i primi giorni di puerperio (Heim), non si trovano invece nel latte e nel liquido cefalo-rachidiano (Ehrhardt). La dimostrazione delle sostanze gonadotrope preipofisario-simili, si presta per la diagnosi biologica di gravidanza; infatti la positività della reazione, esclusivamente durante lo stato gravidico, indica che esse si eliminano con le urine in discreta quantità solo in tale periodo. La Aschheim-Zondek, che risulta positiva dopo il 21° giorno dall'inizio dell'ultima mestruazione, è dovuta al passaggio dal tessuto corioepiteliale, nel sangue materno ed all'eliminazione, attraverso l'emuntorio renale, di sostanze gonadotrope preipofisario-simili, le quali, pur diventando la reazione negativa dopo il parto, continuano ad essere presenti nelle urine per un periodo di tempo variabile da donna a donna (Cuboni).

Le iniezioni di urina di donna gravida, contenente « sostanze gonadotrope », producono modificazioni consistenti in aumento di volume ed iperemia dell'utero e della vagina con variazioni del secreto vaginale in rapido accrescimento dei follicoli (H.V.R.I.), nella comparsa di punti emorragici (H.V.R.II) e di corpi lutei (H.V.R.III) ovarici (Aschheim-Zondek, Cuboni, Antognetti ecc.). Eccezionalmente si trovano fuori della gravidanza in casi di

carcinoma uterino (Zondek, Harnau cit. da Jeffcoate), in donne ovariectomizzate, nell'ipertiroidismo (Stewart) e nella menopausa (Allen e Dickens).

Reazione di Aschheim-Friedmann. Si usano coniglie di due mesi e mezzo o tre di vita, dal peso di gr. 1200-1500, tenute lontane dai maschi prima della prova; si iniettano nella vena marginale dell'orecchio del coniglio 10 cc. di urina. Dopo 48 ore si legge il risultato. Quando la reazione è negativa, l'utero e le trombe presentano il normale colorito rosa-chiaro e sulla superficie bianca e liscia delle ovaie sporgono follicoli a contenuto incolore e limpido. Quando la reazione è positiva macroscopicamente, all'apertura dell'addome, l'utero appare spesso tumefatto e congesto; le ovaie presentano punti rosso-ciliegia o rosso-mattone di grandezza variabile da un grano di miglio ad un piccolo pisello e di numero diverso da caso a caso (fino a 10 per ovaio); dopo 48 ore dall'iniezione, si possono anche vedere corpi lutei in stato iniziale di formazione.

La congestione e la tumefazione dei corpi uterini sono dovuti alla presenza di grandi quantità di ormone ovarico follicolare. La formazione di corpi emorragici è legata alla neoformazione, sotto lo stimolo di sostanze gonadotrope, di vasi capillari tecali, di diverticoli che perforano la granulosa pervenendo così nel lume dei follicoli, dove le pareti vasali, non più sostenute dal parenchima, si sfiancano e finiscono per rompersi (Brohua).

La reazione è positiva nei casi di autointossicazione gravidica, di gravidanza extrauterina, in cui è grandemente utile conoscere l'esistenza dello stato gravidico, nella mola vescicolare e nel corion-epitelioma, in cui si ha aumento dell'eliminazione delle sostanze gonadotrope. La positività nei tumori maligni del testicolo, nei teratoblastomi dell'ovaia, nel carcinoma dell'utero, nei tumori ipofisari e nell'acromegalia, è dovuta a sostanze aventi la medesima azione gonadotropa inconstantemente eliminata con le urine.

Ci siamo serviti della reazione di Aschheim-Friedmann sia per la maggiore facilità di procurarsi gli animali, sia per la rapidità della risposta data la possibilità di iniezione di urina endovenosa, sia per la maggior resistenza delle coniglie alla reiniezione di forti dosi di urina, se a queste avremmo dovuto ricorrere, sia per la possibilità di una evidente diagnosi macroscopica, sia per la maggiore sensibilità a piccole dosi di ormone (le coniglie pur avendo un peso 200 volte maggiore delle topine, richiedono una dose ormonica non già 200 volte ma solo 5 volte maggiore).

Prima del prelevamento delle urine, ci siamo accertati che i nostri pazienti non prendessero preparati ipofisari, ovarici, o di corpo luteo; abbiamo raccolto 50 cc. di urina al mattino per impedire una eccessiva diluizione di ormone per probabile ingestione di bevande; ed abbiamo iniettato nella vena marginale dell'orecchio della coniglia 10 cc. di urina di soggetti intersessuali.

Sei sono i casi di cui ci siamo serviti per le nostre esperienze.

CASO I. — M. C., anni 24, affetta da clitoride peniforme erettile; ipospadia perineale; irsutismo a tipo maschile; istinti sessuali verso il sesso femminile, che si esauriscono a volte con fuoriuscita di scarso liquido biancastro e denso; senza testicoli, con sella turcica piccola a tipo infantile. L'iniezione di urine nelle coniglie sono state praticate prima e dopo l'intervento operatorio, eseguito per asportare un utero piccolissimo con ovaia macroscopicamente di aspetto nornormale.

FIG. 1.

L'esame istologico dell'ovaia degli animali sacrificati ha dato il seguente risultato:

Prima dell'intervento operatorio (fig. 1): la ghiandola ovarica si presenta con numerosi follicoli in evoluzione, dallo stadio primordiale attraverso le varie fasi, fino alla maturazione, con granulosa molto bene sviluppata e con formazione di liquido follicolare. Assenza di emorragie.

FIG. 2.

Dopo l'intervento operatorio (fig. II): macroscopicamente l'utero si presenta tumefatto e congesto. Istologicamente la maturazione follicolare si presenta in vari stadi, diffusamente più spinta; i follicoli ad evoluzione avanzata sono più numerosi. Assenza di emorragie.

CASO II. (Fig. III). — P. P., anni 50, contadina. Non ha mai avuto mestruazioni; ipertrofia clito-

ridea con ipospadia; sviluppo di peli a tipo maschile sulla faccia, sul petto, e sul pube ove diffondendosi in alto verso l'ombelico assumono la caratteristica forma triangolare femminile; pseudo-vagina imbutiforme comunicante con la vesciva; grandi labbra molto sviluppate, quasi a tiro scrotale, con presenza di testicolo sinistro. Sella turcica normale. Indifferenza sessuale.

FIG. 3.

L'esame istologico della ghiandola ovarica della coniglia mostra la presenza di numerosi follicoli, di cui solo qualcuno cistico, mentre altri sono in uno stadio di media maturazione.
Assenza di emorragie.

CASO III. — G. G., anni 14, studente. Conformazione, disposizione dei peli, impianto dei capelli, distribuzione del grasso sottocutaneo, muscolatura, sviluppo scheletrico a tipo nettamente maschili. Assenza di mestruazioni. Tendenza eterosessuali. Clitoride peniforme in parte aderente al perineo. Pseudo-vagina imbutiforme comunicante con la vescica. Mancanza di testicoli visibili o palpabili. Sella turcica normale.
L'esame istologico della ovaia della coniglia dimostra netta maturazione follicolare. Assenza di emorragie.

CASO IV. — P. A., anni 4, affetto da clitoride peniforme con ipospadia e criptorchidismo.
L'esame istologico della ghiandola ovarica della coniglia sacrificata mostra la presenza di numerosi follicoli, di cui solamente alcuni cistici, altri in stadio di maturazione non avanzata.
Assenza di emorragie.

Dai risultati delle nostre esperienze concludiamo, che l'iniezione massiva di 10 cc. di urina di individui intersessuali nella vena marginale dell'orecchio del coniglio, secondo il metodo di Friedmann, dà luogo istologicamente a maturazione follicolare (H.V.R.I) analoga a quella che l'iperprolanemia e quindi l'iperprolanuria A, determinano anche negli stati iniziali di gravidanza ed a cui gli ostetrici attribuiscono valore dubbio, se non sono accompagnate dalla comparsa di punti emorragici (H.V.R.II) e dalla formazione di corpi lutei (H.V.R.III).

La maturazione follicolare è risultata scarsa nel terzo caso (bambino prepubere), poco più evidente nel secondo (individuo in post-climaterio), più netta nel terzo e nel primo (giovani puberi) in quest'ultimo è stata decisamente più specifica dopo l'operazione di annessectomia bilaterale con isterectomia.

La maggior positività dopo l'annessectomia bilaterale, conferma l'antagonismo funzionale, ammesso da molti anni e per primo, dal grande maestro dell'endocrinologia mondiale Nicola Pende, tra ipofisi ed ormoni genitali, per cui l'asportazione dell'ovaio produce necessariamente una iperfunzione preipofisaria.

Il secondo caso spiega l'iperprolanemia del periodo post-climaterico sostenuta da Zondek; in tale epoca l'eccesso incretivo rappresenta tentativo di compenso e di superamento dell'assenza ovarica.

Il terzo caso conferma l'osservazione di Wirz che nell'ipofisi di feti, neonati e bambini nei primi anni di età, sarebbe presente solo il Prolan A, mentre il Prolan B, che determina la formazione dei corpi lutei e dei punti emorragici, sarebbe dimostrabile esclusivamente solo in coincidenza dell'avvento della crisi pubere.

La positività di tutti i casi conferma l'asserzione di Zondek che l'ormone gonadotropo è presente in tutte l'età.

Inoltre la possibilità dell'esistenza, fino dalla vita intrauterina, di una iperfunzione anteipofisaria che inibisce e blocca lo sviluppo e la funzione degli organi genitali (Pende), spiega anche le anomalie intersessuali e particolarmente gli ermafroditismi, sulla cui genesi lottano le teorie cromosomica ed ormonica; ed infatti, con le nostre ricerche abbiamo mostrato in questi soggetti l'esistenza di iporplanemia ed iperprolanuria A, che testimoniano l'importanza della ipotesi ghiandolare sulla determinazione dei sessi.

Quindi la reazione positiva, da noi realizzata, dimostra un aumento abnorme della eliminazione ormonica, o per lo meno di sostanze aventi la medesima azione gonadotropa, come si riscontra nella gravidanza, nella menopausa (Zondek, Aschheim, Fiessinger e Morican), nei tumori genitali femminili e maschili (Zondek), nei tumori ipofisari, nell'acromegalia (Hirsh-Hoffman), in alcune forme di psicopatia a tipo schizofrenico (Geongi e Fels) ed in amenorree legate e gravi lesioni primitive ovariche (Erhordt, Aschheim, Bruhl, Winter, Wirz ecc.), in cui l'eccesso incretivo ipofisario gonado-stimolante, rappresenta lo sforzo dell'organismo per compensare l'insufficienza ed il torpore funzionale dell'ovaio (Antognetti e Geriola).

RIASSUNTO

L'A., eseguendo la reazione di Friedmann con urine di soggetti intersessuali nelle varie età della vita, ha riscontrato, all'esame istologico delle ovaia, una decisa maturazione

follicolare, attribuibile ad iperprolanemia e quindi ad iperprolanuria A. consecutiva ad iperfunzione anteipofisaria.

BIBLIOGRAFIA.

ADDESSI G. *Sulla diagnosi biologica di gravidanza col metodo di Aschheim-Kondek.*

ANTOGNETTI e GERIOLA. *Semeiologia ormonica chimica e biologia.*

BELLERBY C. W. *The physiological properties of anterior lobe pituitary extract in relation to the ovary.* Journ. of Phisiol., 1929, vol. 67, p. 32), *the relation tothe anterior lobe of the pituitary to ovulation.*

BENTIVOLGIO F. *Comportamento della reazione A. Z. nelle autointossicazioni gravidiche.*

BROHUA A. *A propos du test hormonal de la grossesse. Origine de l'hémorragie dans les follicules provoquée chez la jeune lapine.*

CURPHEY T. J. a. ROMER A. S. *The sex determination Test.*

FRUGONI C. *Diagnostica*, volume II.

GIRARD A. *La chimie des hormones sexuelles.*

GRISI A. *La prova di A. Z. per la diagnosi biologica della gravidanza.*

LETULLE R. *La diagnostic précoce de la grossesse par l'examen biologique de l'urine.*

PENDE. *Endocrinologia.*

PISTUDDI A. *Ormone preipofisario e reazione biologica.*

ROGER e BINET, *Traité da physiologie.*

RIVOIRE R. *Hormones génitales et grossesse.*

ROSSELLI G. *Sull'origine del cosidetto ormone preipofisario.*

VOZZA F. *La diagnosi biologica ormonale della gravidanza.*

ZONDEK-HERMANN. *Les affections des glandes endocrines.*

*

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO DI PATOLOGIA CHIRURGICA
E PROPEDEUTICA CLINICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI FIRENZE

Adenite mesenteriale cronica dell'ileo terminale.

Prof. PIETRO VALDONI, direttore

L'adeno-mesenterite, o piuttosto più limitatamente l'adenite mesenterica è stata ed è oggetto di numerosi studi comparsi nell'ultimo decennio specialmente nelle riviste chirurgiche italiane, tedesche e americane. L'argomento non è recente acquisizione della patologia. Secondo Wilensky, già nel 1723 Sydenhan descriveva un ingrossamento delle linfoghiandole mesenteriche nei bambini, Ball nel 1775 per tale stato anatomico usava il termine di tabes mesenterica, Mascagni nel 1787 dava una prima descrizione precisa della malattia. Ma come è successo per tanti altri argomenti, anche questo ritorna a presentare un particolare interesse nell'ultimo ventennio e specie nell'ultimo decennio quando nei casi di appendicite cronica l'esplorazione chirurgica più sistematica dell'addome lo rimetteva a fuoco.

Non ci occuperemo della patologia di tutto il sistema linfatico dei meso perchè, pur riconoscendo l'importanza di una visione sintetica, la varietà delle localizzazioni e la prevalenza della lesione, una volta a carico dei linfonodi una volta a carico delle vie linfatiche, ci porterebbe fuori strada. Infatti non si potrebbe p. es. discutere in modo unitario della linfoadenite delle linfoghiandole scaglionate lungo la piccola e la grande curvatura gastrica e della linfoadenite dell'ileo, nè d'altra parte delle forme in cui predomina la malattia del linfonodo rispetto alle forme di mesenteriti talora addirittura sclerosanti retrattili che sono l'espressione della sofferenza delle radici linfatiche e delle vie linfatiche dei meso. Intendo limitarmi perciò esclusivamente alla forma cosidetta di adenite mesenteriale che colpisce l'ultima porzione dell'ileo e che d'altronde è la più frequente nelle localizzazioni che ho avuto occasione di osservare.

L'*adenite mesenterica dell'ileo terminale*, confusa in un primo tempo nel grande gruppo delle sindromi croniche dell'addome destro diventò oggetto di studio più completo di pari passo a quello dell'appendicite cronica nei tentativi di individualizzazione di que-

sta forma. Intesa prima come manifestazione collaterale, assume veste e autonomia di primo piano quando i casi di linfoadenite acuta di questi linfonodi mesenteriali giustificarono in modo indubbio la creazione di un quadro morboso a sè per questa forma. Ricorre successivamente logica l'analogia con le forme croniche così che oggi da molti, accanto alla forma acuta e alla forma cronica tubercolare da tempo conosciuta, viene posto il quadro della adenite mesenteriale cronica aspecifica come malattia a sè, con un quadro clinico che si confonde con quello della così detta appendicite cronica. Questa ultima affermazione spiega subito l'interesse che è andata acquistando l'adenite mesenterica: l'appendicite cronica ha un quadro clinico e anatomico così vario e sfumato che ogni tendenza,a sfrondare da essa sindromi e forme morbose con essa confuse è sentita addirittura necessaria più che giustificata come non accade forse per altre manifestazioni morbose; e proprio in questa, dove l'insuccesso operatorio sembra per ora il solo e più sicuro criterio di diagnosi differenziale. Si ripete dal punto di vista della sintomatologia e della frequenza, quanto si è osservato per le forme acute di linfoadenite mesenteriale.

Purchè il chirurgo abbia nozione della malattia facile è la diagnosi operatoria della forma di linfoadenite acuta delle linfoghiandole dell'ileo terminale confusa abitualmente in clinica con l'appendicite acuta. Nello spazio di soli due anni, nella mia casistica operatoria che per essere raccolta prevalentemente in Istituti universitari con diritto di scelta sui malati, è relativamente molto scarsa di casi di appendicite, ho potuto osservare 4 casi che sono stati pubblicati dal mio Aiuto G. Gentile.

Molto più complesso e sotto tutti i lati, è il problema della linfoadenite mesenterica cronica (eliminando naturalmente l'adenite mesenteriale tubercolare nella classica forma di tabe meseraica). Dei vari elementi che compongono il quadro dell'adenomesenterite, il più preciso e chiaro è il reperto anatomico come si presenta all'esplorazione chirurgica: estrinsecando l'ultima ansa del tenue e dispiegandola a ventaglio si notano, intercalati fra le pagine del meso e distribuiti fra le arcate vascolari i linfonodi dell'ileo terminale variamente aumentati di volume, da quello normale al volume di una mandorla e più, variamente distribuiti rispetto al volume così che i linfonodi più grossi si alternano a quelli di volume pressochè normali o i più grossi si accompagnano formando una distribuzione a corona di rosario, per lo più nel senso dell'asse longitudinale dell'ansa intestinale. Colorito, forma, consistenza sono poco o nulla alterati. Tipicamente, l'ingrossamento dei linfonodi è limitato all'ileo terminale; proseguendo verso l'alto con l'esplorazione, si nota che rapidamente i linfonodi in queste regioni riacquistano il loro volume normale. Ne consegue che l'affezione è tutta localizzata nel quadrante inferiore destro in rapporto alla posizione anatomica della porzione terminale del mesentere.

Acquisizione recente della alterazione anatomo-patologica mesenterica è proprio questa limitazione dell'adenite al segmento mesenteriale corrispondente all'ileo terminale; nei lavori più recenti, gli AA. insistono tutti giustamente su questa localizzazione topografica mentre la descrizione anatomica è identica in tutti, e di tutti forse la più precisa ed efficace, come ha osservato A.M. Dogliotti, è quella data dal Leotta. Troveremo in alcuni casi che le lesioni sono ben limitate ai linfonodi, in altri che il processo si è diffuso più o meno alla porzione stessa del mesenterio sotto forma di caratteristiche strie biancastre, di ispessimenti membraniformi così che in questi casi più correttamente il processo andrebbe definito come adenomesenterite cronica. Altri reperti operatori sono assenti: nulla a carico del peritoneo viscerale e parietale, nulla a carico dell'ileo all'esame esterno, appendice per lo più normale. In alcuni casi ho trovato scarsissima quantità di liquido citrino chiaro nel fondo del Douglas.:

Di fronte a questo reperto, il chirurgo deve porsi una serie di quesiti di cui il primo, per ordine di importanza, è quello di stabilire se le lesioni riscontrate rappresentino veramente il substrato anatomico di una malattia a sè con la propria individualità o se invece non si tratti che di lesioni secondarie la cui origine sia, come è stato per molto tempo affermato e come lo è ancora da alcuni AA., l'appendicite o altre affezioni. Questa questione ci pone contemporaneamente il problema dei rapporti fra appendicite e alterazioni dei linfonodi dell'ileo terminale e in senso lato interessa il problema etiologico per sè stesso.

L'appendicite è chiamata in causa da alcuni AA. come Quenu, Marchand, Goldberg, Strombeck, Ireland ecc. Dal punto di vista anatomico si può escludere una connessione linfatica perchè i linfatici dell'appendice non

si portano ai linfonodi dell'ileo terminale ma a quelli disposti lungo i rami della colica destra, in maggioranza dopo interruzione nei linfonodi che sono disposti nel meserteriolo stesso. L'adenite di questi linfonodi è una rarità in rapporto alla frequenza dell'appendicite acuta e cronica. E che ciò sia esatto lo prova la presenza di adenomesenteriti in casi di pregresse appendicectomie, l'assenza di lesioni appendicolari e dei linfonodi corrispondenti nei casi di linfoadenite dell'ileo terminale. Wilensky e Hahn, Carson, Goldberg e Nathausen negano un nesso etiologico. Wilensky lo esclude anche per le forme di appendicite acuta in cui una revisione sistematica dei linfonodi mesenteriali mai gli ha permesso di ritrovare una adenite di questi in coincidenza dell'attacco appendicitico. Wilensky pensa che forse si possa ammettere per qualche caso delle connessioni linfatiche abnormi così come talora è stato descritto da alcuni AA. e che riguardano i linfatici dell'appendice e quelli dello spazio perirenale o del fegato o i linfatici della pelvi e degli organi pelvici.

Leotta ha fatto eseguire da Cimino degli esami comparativi tra i germi coltivati dalle linfoghiandole mesenteriche e quelli contenuti nell'appendice. Per lo più si è riscontrata una flora batterica non riportabile a quella appendicolare il che « starebbe ad attestare l'arrivo di germi da una via diversa che appendicolare » (Leotta).

In base alle considerazioni fatte, allo stato anatomico e ad altri dati che poi diremo, mi pare che si possa escludere senz'altro un rapporto appendicite-adenite mesenterica, almeno nella grandissima maggioranza dei casi.

Trattandosi di una flogosi dei linfonodi è logico che si debba senz'altro ammettere una via linfatica per l'agente morboso che vi penetra attraverso una porta d'ingresso. Come avviene per le forme acute di questa localizzazione e come si può derivare dal raffronto con manifestazioni analoghe dei linfonodi di altre regioni, la porta d'ingresso può non essere evidente nel senso che la lesione originaria e primitiva può essere guarita da tempo così che apparentemente viene a mancare. Poichè le vie linfatiche afferenti provengono dall'intestino pare indubbio che la porta d'ingresso sia da esso rappresentata. Il quesito da porre è perchè tale adenite sia localizzata prevalentemente o addirittura in senso assoluto soltanto nell'ileo terminale. In ciò dobbiamo porre un parallelo completo con quanto si osserva nelle adeniti cervicali. I linfonodi delle regioni cervicali sono tributari del territorio linfatico disposto nelle fauci e nel faringe e specialmente dei grossi accumuli linfatici delle tonsille. Da qui, i germi penetrati nelle vie linfatiche danno origine alle tanto comuni linfoadeniti acute e croniche del collo. Nell'ileo terminale noi troviamo una perfetta analogia anatomica in quanto la mucósa di questo segmento è caratterizzata dall'abbondanza del tessuto linfatico quanto mai sviluppato in questa regione ed ammassato nelle grosse placche del Peyer. Questa disposizione anatomica può essere invocata senz'altro come una delle ragioni più importanti a spiegare la localizzazione dell'adenite mesenteriale. Ma molte ragioni possono essere ancora invocate. Anzitutto la qualità e il contenuto di germi di questo tratto. Nel duodeno il contenuto è praticamente sterile, poi a mano a mano che ci allontaniamo dalla flessura duodeno-digiunale cominciano a comparire i primi germi innocui specie lo streptococco acidificante il latte, poi i patogeni e fra di essi il primo e il più abbondante, il bacterium coli. A mano a mano che procediamo verso la valvola ileo cecale la flora aumenta di numero e di contenuto in germi patogeni così da raggiungere un massimo verso la parte terminale dell'ileo, là dove sono disposte dall'organismo le difese più abbondanti ed efficaci rappresentate in primo luogo dagli accumuli di tessuto linfatico nelle grosse placche di Peyer. Condizioni patologiche della valvola ileo-cecale creano le condizioni più facili per il passaggio di germi attraverso le placche nella linfoghiandola tributaria del meso: essenzialmente pensiamo in questo caso alla insufficienza della valvola stessa, insufficienza che si presenta frequente e che può essere dimostrata da un esame radiologico per clisma. Il contenuto del cieco può in questi casi refluire nell'ileo terminale, permanere in esso a lungo e portare in questo segmento germi abitualmente contenuti o soltanto nel colon o in condizioni di prevalenza ben differenti da quelli del contenuto ileale. Infatti, nel cieco a seguito della lunga permanenza del contenuto in esso, della perdita dell'azione dei succhi biliari e pancreatici e delle variazioni chimiche del contenuto, la flora batterica è più ricca di germi virulenti. Questo brusco passaggio di qualità digestiva del contenuto dell'ileo terminale e del cieco si osserva in clinica nei casi di ano ileale basso e di ano cecale in rapporto p. es. alla macerazione della cute circostante nel primo caso.

Dobbiamo ammettere così che i germi con-

tenuti nell'ileo terminale in particolari condizioni, per ristagno e più frequentemente per insufficienza della valvola ileo-colica, possano penetrare nelle placche del Peyer e da qui nella rete dei linfonodi e procurare l'adenite. La penetrazione nella linfoghiandola si fa certamente in modo analogo a quello che avviene per le adeniti cervicali, e cioè abitualmente attraverso una lesione infiammatoria della placca stessa. Solo così possiamo spiegare d'altronde l'origine della linfoadenite acuta suppurativa. Guleke e altri ammettono il passaggio di germi e di tossine attraverso la parete intestinale per distensione, infiammazione catarrale, abrasioni e altre lesioni della mucosa, per diminuita resistenza dell'epitelio (Bell, Pribram, Freemann, Signorelli e Hosen). A differenza di quanto si osserva per le adeniti cervicali, nell'intestino manca una sintomatologia delle lesioni primarie (rappresentata nel collo da una affezione di denti, tonsille, faringe, ecc.). Che una tale lesione debba esistere è probabile per il nesso logico con le lesioni simili del collo e l'abbondanza relativa del tessuto linfatico.

Brennemann ha affermato che germi patogeni vi possono arrivare per la via del sangue specie per spiegare la coincidenza di disturbi intestinali in bambini con affezioni del faringe e delle vie aeree superiori. In realtà Wilensky afferma che si può spiegare la coincidenza anche senza ammettere una infezione ematogena ma solo con il fatto che i germi vengono deglutiti e così finiscono per arrivare all'ileo terminale.

La penetrazione dei germi nei linfonodi mesenterici nei casi di linfoadenite può essere occasionale ma probabilmente è abituale in quanto la condizione di flogosi cronica di questa ghiandola può facilmente interpretarsi con l'ipotesi di una invasione cronica della rete linfatica. E parliamo di rete linfatica piuttosto che di linfonodo perchè solo così spieghiamo la contemporaneità delle lesioni delle pagine mesenteriali rappresentate, come si è detto, da strie e placche di aspetto cicatriziale.

Molto importante in rapporto alla etiologia della malattia sono le ricerche eseguite sui linfonodi. Marshall trovò due volte il coli, Goldberg e Nathanson lo streptococco emolitico, Gage nel 93 % dei casi l'enterococco. Heusser in due casi il coli, Brian il coli pure due volte. Wilensky ha calcolato al 5 % i casi in cui si ottengono reperti batteriologici positivi. Oltre che nella forma suppurativa, Lewis pensa che in alcuni casi di adenite cronica sia in causa il melitense che effettivamente fu trovato da Kennedy. Cimino, solo nel 5 % dei casi ebbe un reperto batteriologico negativo, negli altri ha isolato il colibacillo in prima linea, poi lo stafilococco, lo streptococco, il pneumococco, l'enterococco, il paratifo A ed il tetracocco. La flora batterica per lo più non era riportabile a quella appendicolare.

Per quanto riguarda la sifilide, tutti sono d'accordo nel negare una importanza a questa etiologia.

Si è pensato anche a virus filtrabili (White). Burrows ha annesso un nesso etiologico con il virus poliomielitico, Jackson con una infezione da virus che egli pensa possa essere il substrato in molti casi della cosidetta influenza. Ancora Thompson, David e molti altri hanno pensato al linfogranuloma venereo. A questo proposito Wilensky osserva che Ireland in 12 casi di adenite mesenterica trovò negativa la reazione di Frey.

Brian pensa che si tratti di una adenopatia non specifica dovuta all'assorbimento di qualche tossina non batterica secondaria a una stasi intestinale; Bell, Colemann ed altri pensano invece che si tratti di tossine batteriche.

Wilensky afferma che molta importanza nel giudizio etiologico hanno i casi in cui la adenite mesenterica rappresenta un reperto costante. L'ingrossamento dei linfonodi mesenteriali fu riscontrato nel tifo, nel paratifo, nell'enterocolite acuta, nella dissenteria, nei casi di ileite regionale, negli esantemi e enantemi, nella porpora emorragica, nella mononucleosi infettiva, nel reumatismo articolare cronico e acuto, nella poliartrite. Winkler in 300 casi di tbc. intestinale trovò un rapporto inverso fra gravità delle lesioni e ingrossamento delle linfoghiandole. Lo stesso, osserva il Wilensky, succede per la forma non specifica in cui non si dimostrano altre alterazioni dell'intestino. Wilensky osserva che talora vi è un'associazione tra ingrossamento dei linfonodi cervicali e mesenterici.

Oltre a infezioni batteriche l'ingrossamento dei linfonodi è stato attribuito anche all'azione di parassiti intestinali (Heusser, Brünig, Guleke, ecc.), addirittura a traumi.

Ireland, Wise, lo hanno interpretato in alcuni casi come una manifestazione allergica, ipotesi a nostro avviso giustificata per quanto la flogosi allergica-iperergica del sistema linfatico intestinale sia di solito diffusa e sotto veste anatomo-patologica mesenteritica.

Nei nostri 27 casi, 22 volte fu fatto l'esame batteriologico dei linfonodi sia su brodo semplice che su terreno per anaerobi. Contemporaneamente si è fatta l'inoculazione in cavie

e le colture in terreno di Petragnani. Cinque volte la lesione era di natura tubercolare, tre volte fu coltivato lo stafilococco aureo, una volta l'albo, una volta lo streptococco, sei volte il coli. Otto volte il risultato dell'esame batteriologico è stato del tutto negativo. L'esame istologico non dimostra caratteri particolari oltre al tipico aspetto di linfonodo iperplastico; naturalmente eccetto che nella forma tbc.

È difficile giudicare della frequenza della malattia. Still nel 59 % dei bambini arrivati all'autopsia trovò un ingrossamento delle linfoghiandole mesenteriche; Short sei volte in 200 casi operati. La frequenza varia molto nelle statistiche dei vari AA. Nei miei casi personali ho notato una notevole variazione regionale. Nell'Istituto di Modena ho trovato 12 casi su 500 operazioni, in quello di Firenze 15 su 900.

Possiamo ammettere che su questa base anatomica possa crearsi una sindrome clinica? È stato osservato (La Mannierre) a questa domanda che una sindrome clinica può derivare in questi casi in modo analogo a quanto avviene per l'adenite tracheo-bronchiale. I sintomi clinici cioè, potrebbero essere originati per un'azione indiretta sulla rete nervosa, azione che si esercita distalmente sull'intestino stesso e prossimalmente verso i grandi plessi nervosi addominali.

Su questa origine starebbero atonie segmentarie, specie del duodeno su cui ha richiamato l'attenzione Meres. Questa via nervosa, molto probabilmente, anche ammettendola, non è forse la ragione principale. Non si può non tener conto dell'azione diretta della flogosi mesenteriale per l'infezione cronica che è legata ad essa, per la tossiemia, per la lesione della placca linfatica che costituisce non solo la porta d'ingresso per l'alterazione del linfonodo ma anche una porta d'ingresso per altri germi o per porzioni del contenuto intestinale che vengono direttamente immessi nell'organismo.

Questi fattori ci permettono di interpretare più facilmente le reazioni febbrili esistenti in questi casi, la cefalea, i sintomi di intossicazione cronica lieve. A. M. Dogliotti pensa che una serie di sintomi possano essere sostenuti pel disturbo che consegue sull'assorbimento, specialmente dei lipoidi e di parte dei peptoni. Questo oltre alle connessioni nervose simpatiche. Comunque sia la patogenesi della sintomatologia, egli pensa che a queste manifestazioni anatomo-patologiche corrisponda una sintomatologia di « Addome cronico », presentata da tutto quel gruppo di malati che formano il gruppo numeroso delle sindromi periviscerítiche ed aderenziali che si incontrano così frequentemente a formare quelle percentuali di insuccessi dei nostri interventi addominali in cui il reperto operatorio non corrisponde a un quadro patologico ben definito.

Partendo dai miei studi e dalle mie osservazioni sulla ileite terminale ho sistematicamente ricercato le lesioni di questo tratto in tutti i casi in cui si interveniva con una diagnosi clinica generica di appendicite cronica. Casi cioè con una sindrome clinica prevalente nel quadrante inferiore destro. Questa ricerca è stata da me eseguita in modo sistematico nel corso di 3 anni tanto in forme acute che croniche e ciò spiega come abbia potuto osservare i 4 casi di linfoadenite suppurativa che ho già ricordato.

Accanto a queste forme suppurative ho trovato forme acute non suppurative consensuali a due casi di ileite terminale acuta. La maggior parte delle osservazioni riguarda invece forme croniche. Non vennero praticate incisioni particolarmente ampie ma un abituale taglio pararettale di 6-8 cm. attraverso cui è sempre facile di estrinsecare oltre al cieco e all'appendice anche l'ultima ansa dell'ileo. L'esplorazione delle parti alte del tenue è stata fatta solo in pochi casi e quando una incisione più ampia era indicata dal sospetto di altre lesioni specie degli annessi.

Del reperto dello stato chirurgico ho già detto all'inizio e non mi ripeterò. La sintomatologia di questi casi non ha presentato nulla di caratteristico che non rientrasse nel quadro così vario e complesso della cosidetta appendicite cronica. In alcuni casi si notava anche una ripetizione di attacchi subacuti. In queste forme di adenite mesenterica ha predominato talora il dolore, specie quello irradiato lungo l'arto inferiore, talora un lungo periodo di febbricola, talora i disturbi colitici o pseudocolitici; sempre vi si associano sintomi più generici e vaghi a carico dei vari organi addominali. I casi che ho osservato sono, come ho detto, in numero di 27, prevalentemente donne (4/5), l'età più colpita fra 16 e 30 anni.

Riportiamoci ora al quesito che abbiamo posto e che è importante a considerare e precisamente se l'adenite mesenterica può essere un quadro morboso a sè, una vera malattia con un capitolo di patologia ben definito in tutti i suoi elementi. Ripeto ancora prima di rispondere a questa domanda che io intendo

limitarmi esclusivamente all'adenite mesenterica dell'ileo terminale perchè è su questa localizzazione che ho rivolto la mia attenzione. Premetto anche che il chirurgo il quale voglia dare un giudizio personale sull'argomento deve essere orientato su questo non con il ricordo di alcuni reperti operatori osservati, ma con una esperienza che venga direttamente dalla volontà di controllare questo stato nel corso della sua pratica chirurgica.

Alla domanda mi pare che si possa rispondere in senso affermativo riferendoci alla similitudine che si è fatta rispetto ai linfonodi cervicali per quanto riguarda il loro interessamento. Quando incontriamo una linfoadenite cronica dei linfonodi cervicali noi ci troviamo di fronte a un gruppo di sintomi in relazione alle lesioni locali e a un secondo gruppo di sintomi generali. Non dissimilmente penso si può derivare per la localizzazione mesenteriale in cui esiste la sintomatologia generale, esiste una sintomatologia provocata dai linfonodi colpiti ed esiste spesso un terzo gruppo di sintomi inerenti alle lesioni che rappresenta la porta di ingresso dell' infezione del linfonodo. Mi pare infatti che come non sia logico negare la possibile esistenza di sintomi che derivano dall'ingrossamento dei linfonodi, così non sia giusto attribuire a questa condizione tutti i sintomi dimenticando la malattia iniziale che ne rappresenta la porta d'ingresso. Si tratterà di vagliare caso per caso l'importanza di una lesione rispetto all'altra. In una linfoadenite acuta suppurativa tutto dipende dal linfonodo; in una infezione acuta o cronica dell'intestino, p. es. il tifo o una ileite terminale cronica, tutto dipende dalla lesione iniziale, praticamente nulla dall'adenite consensuale. Nei casi in cui l'adenite è apparentemente isolata non si potrà nemmeno affermare che tutta la sintomatologia dipende da questa perchè il non riconoscere la causa dell'adenite consensuale non può significare di negare questa causa aprioristicamente.

Ma ciò non infirma l'elevare l'adenite mesenterica terminale a dignità clinica di quadro morboso a sè, se pure non ben definito ancora nei suoi vari elementi.

Questa ragione ci spiega la difficoltà della diagnosi. Come ho detto, questa forma morbosa va abitualmente confusa con la appendicite cronica. Numerosi sono stati i chirurgi che hanno cercato di rilevare comparativamente nelle due forme, alcuni sintomi che possano differenziarle. Si è affermato per esempio che nelle linfoadeniti mesenteriali vi è una iperplasia delle linfoghiandole in tutte le stazioni linfatiche anche in quelle accessibili alla palpazione. Così si è data importanza alla presenza della febbre che come febbricola serotina accompagna per mesi e anni questi malati. Così ha importanza la sproporzione evidente fra i disturbi subbiettivi accusati dal malato come il dolore localizzato al quadrante inferiore destro dell'addome e irradiato specie all'arto inferiore, l'astenia, la cefalea con il reperto obbiettivo locale; nello stesso senso la sproporzione tra sintomatologia obbiettiva e crisi colitiche sotto forma di scariche diarroiche intermittenti accompagnate da dolori subbiettivi della fossa iliaca destra. Particolare importanza diagnostica ha anche la considerazione della persistenza per mesi e anni dei disturbi subbiettivi immodificati nei giorni e nelle settimane, talvolta con remissioni che possono essere anche notevoli ma che quasi mai arrivano a un periodo di apparente guarigione. In fondo, la periodicità dei disturbi è carattere comune delle forme di appendicite cronica in rapporto alla risoluzione e alla recidiva della flogosi dell'appendice mentre la persistenza della sintomatologia nell'adeno-mesenterite è legata alla persistenza della malattia.

E' da tener conto ancora del tipo costituzionale dell'individuo. Più che il peso per se stesso per quanto si tratti generalmente di persone magre, ha importanza il rilievo della ipertrofia tonsillare, della facilità di comparsa di flogosi transitorie delle linfoghiandole cervicali, e di tutte quelle note somatiche, cutanee e vascolari che caratterizzano il così detto tipo linfatico.

Il problema diagnostico comunque, per la frequenza della malattia e per i dati rilevati, ordinariamente non è eccessivamente difficile purchè si pensi alla possibilità dell'affezione.

Problema molto interessante è quello della diagnosi differenziale di una linfoadenite tubercolare isolata che tale si rivela solo all'esame batteriologico e istologico perchè nessun altro segno anatomico ci permette di porre la diagnosi di tbc. dell'intestino o del peritoneo. Questa singolarità del reperto in fondo non è più tale quando si vada a considerare quante linfoadeniti croniche del collo con un unico carattere di ingrossamento talora anche modico di alcuni linfonodi si rivelino di origine tubercolare quando si richieda un soccorso diagnostico alla batteriologia e alla istologia patologica.

L'analogia è ancora più evidente per la comune assenza clinicamente apprezzabile della

lesione primaria che ne rappresenta la porta d'ingresso. Come ammettiamo che bacilli tubercolari arrivino per via respiratoria e per via alimentare attraverso l'anello linfatico faringeo ai linfonodi del collo, con tanto maggior facilità possiamo ammettere lo stesso per l'intestino, dove arrivano non solo i bacilli che sono stati introdotti per le vie respiratorie per la inalazione ma anche i bacilli introdotti largamente per via alimentare. Sotto questo punto di vista e in rapporto all'alimentazione lattea sarebbe interessante di studiare se i bacilli coltivati dai linfonodi appartengono al gruppo bovino, almeno in parte. Data la frequenza del reperto dell'adenite tubercolare ci si può chiedere se anche i casi di linfoadenite in cui l'esame batteriologico e l'esame istologico non abbiano dimostrato la loro origine tubercolare appartengano invece alla cosidetta forma infiammatoria semplice della tbc. in rapporto a una particolare attenuazione del germe o a particolari condizioni di difesa dell'organo e dell'organismo. Ci basta aver prospettato la questione e accennare alla difficoltà della risposta.

Abbiamo cercato di portare un contributo a questo quesito arrivando alla soluzione per via indiretta attraverso l'allergo-metria. Molto cortesemente il Daddi oltre a darci la tubercolina da lui preparata ha voluto personalmente iniziarci allo studio. I casi da noi studiati sono ancora così pochi da non permetterci un orientamento e un giudizio sul valore della ricerca diretta in questo senso. Certamente l'ipotesi di una comune etiologia tubercolare anche in casi con reperto batteriologico negativo o positivo per germi banali ha una importanza etiologica notevolissima. Io credo che addirittura nella metà dei casi sia così ma ciò non infirma tutto quanto si è detto nè può indurre a riportare questa forma localizzata nel grande quadro della tubercolosi meseraica. Che la possibilità di una tbc. localizzata a un gruppo di linfonodi mesenteriali possa esistere senza altre localizzazioni mi pare non discutibile.

A questo proposito possiamo riportarci al giudizio che si ricava dall'esame batteriologico e microscopico sistematico della parete di fistole anali. Le statistiche sia antiche che recenti ci danno percentuali di fistole di origine tbc. altissime anche oltre il 50 % dei pazienti. Di questi pazienti la grandissima maggioranza non ha alcuna manifestazione tubercolare clinica in altra sede nè in altri segmenti dell'intestino. Si ammette che i bacilli che si trovino casualmente nelle feci per ingestione, in relazione alla prolungata sosta del cilindro fecale, possano nell'ultimo segmento dell'intestino trovare condizioni favorevoli di moltiplicazione e di attecchimento nelle valvole semilunari dove abitualmente corrisponde l'orifizio interno della fistola. Condizioni simili possono esistere nell'ultimo segmento dello ileo specialmente come si è detto nei casi di insufficienza della valvola ileocecale e dove gli ampi accumuli linfatici che costituiscono le placche di Peyer analogamente a quanto avviene per le fauci rappresentano organi di difesa e nello stesso tempo una possibile porta di penetrazione o origine dell'adenite consensuale.

In conclusione quindi, dalle nostre osservazioni possiamo dedurre l'esattezza delle osservazioni di tanti AA. sulla frequenza di una linfoadenite mesenteriale dell'ileo terminale. In alcuni casi e per quanto riguarda l'etiologia, nella sua forma cronica l'adenite è provocata da vari germi, talora è dovuta a tossine, talora forse a condizioni allergiche o ad altre condizioni etiologiche che sembrano ben stabilite per lo studio di molti AA. Un grosso gruppo di adeniti è di origine tubercolare in assenza di qualsiasi lesione dell'intestino e del peritoneo e in assenza di lesioni diffuse e sistematiche che caratterizzano la tabe meseraica. Da un punto di vista della possibilità dell'esistenza di un quadro clinico autonomo concludiamo nel senso affermativo ammettendo però che questo quadro è ancora confuso nel grande gruppo delle cosidette appendiciti croniche.

Per quanto riguarda la terapia, in base ai risultati da noi avuti non modificherò il comportamento mantenuto finora che è quello dell'appendicectomia. Comunque possa essere interpretata forse anche in rapporto al trauma operatorio di per sè solo, forse alla semplice laparatomia, all'intervento segue in un gran numero di casi la guarigione clinica.

RIASSUNTO

Sulla base di ventisette osservazioni personali di malati affetti da aderomesenterite cronica dell'ileo terminale, ne vengono discussi i dati più importanti del quadro morboso con particolare riguardo all'etiologia e alla patogenesi.

BIBLIOGRAFIA.

Bell. *Mesenteric Lymphadenitis simulating an acut abdominal Condition*. Surg. Gyn. Obst., v. 45, p. 465, 1927.

Beluffi. *La mesenteriolite appendicolare*. Arch. it. Chir., v. 48, p. 697, 198

BRENNEMANN. *Tbc. abdominal Pain of Throat Infections in Children and Appendicitis*. J. A.M.A., v. 89, p. 2183, 1927.
BRIAN. *Les adénopathies mésentériques et la stase intestinale*. Th. Paris, 1925 (cit. da WILENSKY).
BROWN A. *Ileocecal Lymphadenitis in Children*. Surg. Gyn. Obst., v. 65, p. 798, 1937.
BRÜNING. *Ueber Mesenteritis, Mesenteriolitis und Mesecolitis*. Arch. Klin. Chir., v. 145, p. 257, 1927.
BURROOWS. Citato da WILENSKY.
CARSON. *On tbc. Clinical Aspects of tuberculous Mesenteric gland*. Lancet, p. 869, 1935.
CIMINO. *Ricerche sul parassitismo microbico linfatico e peritoneale nelle sindromi associate dell'addome destro*. Soc. It. Chir., v. 38, p. 35, 1931.
COLEMANN. *Tbc. diagnosis of mesenteric Lymphadenitis*. Illin. M. J., v. 68, p. 408, 1935.
COLT, CLARK. Surg. Gyn. Obst., v. 65, p. 771, 1937.
DAVID. *Extraperitoneal Lesions of Lymphogranuloma inguinal*. J.A.M.A., v. 196, p. 1875, 1936.
DE LA MANNIERRE. *Syndromes aigus de l'abdomen en rapport avec une adénopathie des mésos et en particulier du mésentère*. Presse Méd., v. 45, p. 664, 1937.
DOGLIOTTI A. M. *Osservazioni chirurgiche di macropoliadenia mesenterica: ipotesi patogenetiche e tentativi terapeutici*. Soc. Rom. Chir., v. 3, p. 115, 1941.
FOSTER. *Disease of the mesenteric Lymphonodes*. Arch. Surg., v. 36, p. 28, 1938.
FREEMANN. *Surgical Significance of mesenteric Lymphadenitis*. Surg. Gyn. Obst., v. 37, p. 149, 1923 e Ann. Surg., v. 90, p. 618, 1929.
GAGE. *Nella discussione alla relazione di Wise*. Ann. Surg., v. 109, p. 825, 1929.
GENTILE G. *Alcuni casi di linfoadenite acuta del mesentere*. Arch. It. Mal. App. Dig., 4, p. 358, 1940.
GOLDBERG-NATHANSON. *Acute mesenteric lymphadenitis*. Am. J. Surg., v. 25, p. 35, 1928.
GULEKE. *Die Hyperplasie der Mesenterial Lymphdrüsen*. Arch. Klin. Chir., v. 133, p. 517, 1924.
GUERM. *De l'adénopathie mésentériques dans les appendicites aiguës toxiinfectieuses*. Bull. Mém. Soc. Chir. Paris, v. 28, p. 50, 1902.
HEUSSER. *Die Schwellung der Mesenterial Lymphdrüsen*. Arch. f. Klin. Chir., v. 133, p. 517, 1924.
IRELAND. *Etiologic Factors of Mesenteric Lymphadenitis and tbc. acute abdom*. Ann. Surg., v. 107, p. 359, 1938; Arch. Surg., v. 36, p. 292, 1938.
JACKSON. Citato da BRENNEMANN.
KENNEDY. Citato da WILENSKY.
KLEIN. *Nonspecific Mesenteric Adenitis*. Arch. Surg. v. 36, p. 571, 1938.
LÄWEN. *Wurmfontsatzentzündung und regionäre Lymphknoten*. Zbl. Chir., v. 65, p. 2018, 1938.
LEOTTA M. *Sindromi associate dell'addome destro*. Soc. It. Chir., v. 38, p. 1, 1931.
LEWIS. Citato da FREEMANN.
MARCHANT. *Adenite dans l'appendicite*. Bull. Mem. Sc. Chir., Paris, v. 26, p. 77, 1900.
MARCUCCI. *Turbe linfatiche mesenteriali e appendicite cronica nei bambini*. Riforma medica, v. 54, p. 1742, 1938.
MARSHALL. *Simple Ileo-Caecal Lymphadenitis*. Brit. M. J., v. I, p. 631, 1928.
MERES JUR. *Atonie des duodenums bei Lymphadenitis menterialis*. Zbl. Chir., v. 65, p. 118, 1938.
NOESSKE. *Ueber Lymphadenitis ileocoecalis*. Zbl. Chir., v. 65, p. 2820, 1938.
POZZI. *Le sindromi di appendicite cronica nell'adeno-mesenterite tubercolare*. Arch. Soc. It. Chir., v. 38, p. 635, 1932.
PRIBRAM. *Die Lymphangitis mesenterialis* Arch. Klin. Chir., v. 160, p. 362, 1930; Presse Med., v. 0, p. 1966, 1932.
ROSENBUNG. Arch. Surg., p. 1031, 1935.
SIGNRELLI-HOSEN. *Chronic abdominal discomfort in Children*. New Orleans M. S. J., v. 86, p. 353, 1935.
STILL. Citato da WILENSKY.
STROMBECK. *Mesenteric Lymphadenitis*. Acta Chir. Scand., v. 70, p. 1, 1932.
THOMPSON. *Lymphopathia Venereum*. J.A.M.A., v. 106, p. 1869, 1936.
WILENSKY. *General abdominal Lymphadenopathy*. Arch. Surg., v. 2, p. 70, 1941.
WILENSKY-HAHN. *Mesenteric Lymphadenitis*. Ann. Surg., v. 83, p. 812, 1926.
WHITE. *Acute mesenteric Adenitis*. J.A.M.A., v. 107, p. 1023, 1936.
WINKLER. Citato da PRIBRAM.
WISE. *Mesenteric Lymphadenitis*. Ann. Surg., v. 109, p. 825, 1939.

SUNTI E RASSEGNE

ORGANI RESPIRATORI.

Gli infiltrati polmonari fugaci, iperergici, con eosinofilia ematica.

(L. PONTON. *La Riforma Med.*, 4 luglio 1942).

E' una rivista sintentica sugli infiltrati polmonari fugaci. L'infiltrato polmonare fugace dà una sindrome sostenuta da varie cause etiologiche, attraverso un meccanismo allergico (iperergico, parallergico, anafilattico) accertata dall'eosinofilia ematica. Essa è caratterizzata dalla lievità dell'infiltrazione, dalla benignità del decorso clinico, dalla relativa rapidità della risoluzione e dalla tendenza a recidivare.

La storia dell'infiltrato polmonare comincia nel 1920 coll'epitubercolosi di Eliasberg e Neuland. Vengono successivamente i lavori di Assmann (1922), Wessler e Jaches (1923) e Redeker (1924). Nel 1930 Assmann riconosce nell'infiltrato precoce una modalità di esordio acuto della tubercolosi nell'adulto. I lavori di Löffler e Leitner si inseriscono in quelli di Redeker sulle infiltrazioni secondarie tubercolari di cui costituiscono una forma a parte. Sarebbe perciò più esatto usare due denominazioni distinte: l'infiltrazione fugace è un processo relativamente benigno una flogosi circumfocale attorno ad un vecchio focolaio inattivo e l'infiltrato un focolaio attivo in via di caseificazione. Ma in pratica è invalso l'uso di parlare sempre di infiltrato dandogli un significato più generico.

Come per gli infiltrati precoci si è giunti ad ammettere una causa a volte tubercolare e a volte non tubercolare, così per l'infiltrato fugace si è ammesso che possa trattarsi di reazioni parallergiche, di polmoniti da ascaridiasi, di polmoniti atipiche pneumococciche o influenzali, di asma bronchiale e di altre allergosi come pure dell'edema di Quincke.

Nella patogenesi di tutti questi stati dominano i processi di iperergia sulla base di una notevole sensibilità per le tossine da un lato e di una certa debolezza immunitaria dall'altro. A questi fattori isto-umorali si associano fattori costituzionali e climatico-stagionali.

L'anatomia patologica dell'infiltrato fugace si avvicina a quella dell'infiammazione circumfocale di Hübschmann, della polmonite ilare di Rankea dell'infiammazione collaterale di Tendeloo, in cui l'alone infiammatorio attorno al focolaio bacillifero necrotico o fibroso può contenere germi o esserne privo. In questo secondo caso il nucleo centrale cede soltanto tossine che hanno in gran parte perduto carattere di specificità e si sono diluite negli umori tissulari. Esistono cioè lesioni miste, specifiche e aspecifiche. Le specifiche possono essere tubercolari, pneumoniche e di altra natura. Quelle aspecifiche possono dipendere da veleni diffusibili di germi, da sostanze tossino-simili più che vere tossine, da metaboliti abnormi delle proteine tissulari.

Le autopsie di infiltrati fugaci non sono state fatte per la benignità dell'affezione. C'è solo un'autopsia di Roulet in un caso descritto da Leitner in cui si era riattivato un precedente infiltrato fugace in un malato di tbc. polmonare e in cui si trovò un focolaio di polmonite gelatinosa.

Il quadro clinico è molto povero di sintomi. Per lo più non si ha febbre o questa non oltrepassa i gradi subfebbrili. All'inizio cefalea, malessere, stimolo alla tosse, espettorazione più o meno abbondante a volte con sapore ferruginoso per piccole emorragie. Si possono avere dolori toracici e dispnea da sforzo. Obbiettivamente lieve ipofonesi della parte infiltrata con respiro aspro e broncovescicolare ma di regola non si hanno rumori accessori all'infuori di ronchi sonori e rantoli secchi, solo raramente rantoli a piccole bolle.

L'esame radiologico è decisivo già alla semplice scopia. La localizzazione più frequente è al polmone destro. Löffler distingue cinque tipi morfologici di infiltrato. Raramente si ha pleurite, sebbene spesso a processo guarito si trovi una stria interlobare.

La durata della malattia va da una a sei settimane. A volte si ha una risoluzione completa, a volte invece residua un piccolo focolaio al centro del campo precedentemente infiltrato.

I reperti di laboratorio comuni a tutte le forme sono l'assenza di bacilli di Koch, l'eosinofilia ematica che oscilla dal 5 al 20 % (anche il 30 % nelle forme ascaridiche). Gli eosinofili possono presentare segni di alterata maturazione con granuli bleu grigi invece che rossi, presentano cioè la dissociazione della maturazione nucleoplasmatica di Leitner. Questo fatto sta per la genesi midollare dell'eosinofilia, però senza per questo poter escludere quella tissulare. Spesso c'è leucocitosi. Altri dati di laboratorio, sempre comuni a tutte le forme, sono lo scarso aumento della velocità di sedimentazione delle emazie e la scarsa alterazione della banda di Weltmann.

Secondo Leitner si possono avere, per le particolarità cliniche e genetiche, cinque gruppi: 1) gli infiltrati precoci tubercolari; 2) quelli parallergici; 3) le flogosi polmonari ascaridiche; 4) le polmoniti atipiche; 5) l'asma bronchiale e altre allergosi.

La genesi tubercolare è ammessa da molti autori; ma nella maggioranza dei casi si rimarrà nel dubbio circa la natura tubercolare.

Le reazioni parallergiche stanno fra quelle allergiche autentiche, ritenute come reazioni fra antigeni e anticorpi specifici, e quelle patergiche da stimoli aspecifici. Sono perciò reazioni specifico-aspecifiche, nelle quali l'organismo allergico correagisce ad antigeni non specifici. Esse sono suffragate dai lavori noti di Sanarelli-Shwartzman sull'iperergia e di Ascoli sull'anacoresi ed hanno la loro base genetica nella fissazione dei germi e nelle sostanze tossico-lesive sopravvenute attorno ad un focolaio preesistente attivo o riposante. I processi parallergici polmonari possono essere di svariata natura: tubercolare, infezioni streptococciche, angina di Plaut-Vincent, linfadeniti, influenza, infezioni reumatiche, pertosse ed anche uso di preparati epatici. Il substrato anatomico delle infiltrazioni parallergiche è presumibilmente lo stesso di quelle tubercolari iperergiche, e i limiti fra infiltrati parallergici e tubercolari-iperergici non sono netti.

L'infiltrato ascaridico è tutt'altro che raro. Anatomicamente è con ogni probabilità un processo broncopneumonico che si genera attorno alle larve al momento del loro passaggio attraverso il polmone. La dimostrazione può essere data dalla presenza di larve nell'espettorato.

Le polmoniti atipiche o abortive debbono il loro aspetto clinico alla particolare situazione allergia e precisamente a precedenti sensibilizzazioni da infezioni da pneumococco e ad una contemporanea maggiore o minore immunità locale, che arresta l'estendersi della flogosi polmonare prima che essa raggiunga un intero lobo. La polmonite lobare o plurilobare non è che un caso limite, che si ha quando l'infezione colpisce un individuo in fase di ipersensibilità come pure è un caso limite che l'infezione non porti ad alcuna manifestazione pneumonica per l'esistenza di una perfetta immunità. Fra questi termini cadono le polmoniti centrali, quelle così dette di un giorno, rudimentali, ambu-

lanti, atipiche, oligosintomatiche, striscianti e protratte, abortive.

Questo gruppo di polmoniti è molto più numeroso di quello ad estensione lobare e si confonde nei suoi aspetti clinico-radiologici con forme di altra etiologia.

L'asma bronchiale può dar luogo a fugaci ombre circoscritte nel campo polmonare. Questo si forma per un meccanismo complesso in cui interviene anche il sistema neurovegetativo quando uno spasmo locale dei bronchioli, cioè un'asma parziale, non viene superato dalla colonna d'aria inspiratoria; per la bronchite allergica fibrinosa coesistente si istituisce una atelettasia. Il sistema neurovegetativo interviene ischemizzando il territorio, rallentando il circolo sanguigno, e facilitando l'azione intensiva dell'allergene, aumentando la permeabilità dei capillari, donde edema angioneurotico, fino alla diapedesi di sangue in toto (allergia emorragica). Esso può giungere fino a provocare un edema polmonare locale. La parte patogenetica dell'istamina è discussa e messa in dubbio fortemente dopo il caso descritto di Schultz in cui la malattia insorse dopo uso del torantil, che è un fermento istaminolitico.

Nella diagnosi differenziale si dovrà tener conto che gli infiltrati fugaci si possono avere nel morbillo, nell'influenza, nella scarlattina, nella pertosse, nella varicella, nella tularemia, nella melitense, nella distomiasi epatica, nel tifo, nella difterite, nelle cardiopatie.

La terapia, data la benignità dell'affezione è molto semplice: calcio associato a simpaticomimetici o ad atropina. Nei casi ascaridici cura atielmintica, nei pneumonici sulfamidici.

L.

Il valore prognostico delle determinazioni ripetute della lipasemia negli infermi di affezioni respiratorie non tubercolari.

(L. CHIARICA. *La Riforma Med.*, 19 settembre 1942).

Il valore emolipasico può indicare la capacità dell'organismo invaso da tubercolosi di reagire o no. Si considera quindi come esponente della vitalità organica ed in rapporto diretto colla maggiore o minore intensità dei processi metabolici totali. Il dosaggio della lipasi o enzima tributirrinolitico si può eseguire col metodo di Scoz su 1 cc. di sangue. Normalmente il tasso emolipasico oscilla fra cc. 2,50-3 di Na O H N/50, quantità necessaria a neutralizzare l'acido butirrico svoltosi dall'azione di gr. 0,20 di plasma dopo permanenza di 3 ore in termostato a 39-40°.

Nei tubercolotici si hanno valori più bassi; le cifre minime si hanno nei periodi premortali. Invece i valori sono più alti del normale (fino a 5 cc.) in casi in cui si ha ripresa delle condizioni organiche. Le cifre inferiori al normale hanno valore prognostico grave solo se le determinazioni ripetute indicano che l'abbassamento è progressivo, mentre se persistono invariate o tendono a crescere bisogna sperare in una ripresa.

Chianco e Alfano hanno trovato nelle malattie non tubercolari dell'apparato respiratorio che la lipasemia si conserva nei limiti normali nelle bronchiti acute e croniche, nelle brochiettasie specialmente se le condizioni generali non sono molto compromesse. Invece nell'asma bronchiale e nella bronchite asmatica come pure nell'enfisema polmonare si mantiene per lo più nei limiti normali, ma può anche essere abbassata.

Nelle polmoniti crupali a diffusione lobare si ha un abbassamento brusco della lipasemia nella fase di epatizzazione (fino a 1,10-1,30) con successiva elevazione progressiva man mano che il processo pneumonico risolve. Nella broncopolmonite invece la lipasemia è moderata nel periodo congestivo e può anche mantenersi nei limiti normali.

Nell'ascesso polmonare si ha riduzione notevole della lipasemia quando le lesioni sono estese e gravi con compromissione della nutrizione e della sanguificazione.

Nelle pleuriti essudative sierose, reumatiche, influenzali, si ha spesso ipolipasemia nel periodo del massimo versamento con condizioni generali buone o decadute, mentre in alcuni casi si ha scarsa riduzione dell'attività lipasica.

Il tasso plasmalipasico è notevolmente abbassato nei malati di pleurite purulenta. Nelle cisti da echinococco polmonare si ha solo modico abbassamento. In alcuni tumori pleuropolmonari si ha a volte un tasso basso, a volte normale e a volte elevato.

La lipasemia risulta influenzata dalle condizioni di nutrizione dei pazienti e dal ritmo dei processi metabolici, ma non in maniera costante. Mentre le alterazioni polmonari di natura flogistica (polmonite, ascessi, ecc.) si accompagnano per lo più a ipolipasemia, le forme non flogistiche (enfisema, compressione, cisti) hanno lipasemia poco ridotta o normale.

Il rapporto mielolinfopoietico può influire sulle variazioni emolipasiche. I valori più bassi si hanno negli stati con neutrocitosi, mentre nelle forme successive, nel periodo di guarigione, quando si stabilisce una linfocitosi, si ha elevazione della lipasemia (si sa che i linfociti sono ricchissimi di enzimi lipolitici).

Nelle forme tubercolari si ha, nei riguardi della lipasi, un comportamento identico a quello delle forme non tubercolari nel senso che i valori emolipasici presentano per lo più elevazione nei malati avviati a guarigione, mentre sono costantemente bassi nei malati in condizioni gravi stazionarie e si abbassano ancora nei malati che si aggravano ancora di più.

La ricerca della lipasemia può avere valore prognostico se fatta ogni 2-3 giorni nei ma-

lati di forme morbose polmonari ad andamento acuto (polmoniti, broncopolmoniti), ogni settimana nelle forme ad andamento protratto.

L.

Pleurite pancreatogena.

(H. WERNER. *Zentrallblatt für Inn. Med.*, 1° agosto 1942).

È un fatto ben noto e di osservazione comune l'accompagnarsi di un versamento pleurico e di una pleurite a processi infiammatori addominali; in particolare le affezioni acute del pancreas si manifestano quasi sempre anche attraverso la compartecipazione della pleura sinistra, il che può avere grande importanza per la diagnosi, ad esempio, della necrosi acuta del pancreas.

Un interessante contributo a questo argomento è fornito dal Werner con lo studio di un caso singolare: un uomo di 28 anni, affetto da colecistite e pancreatite, l'una e l'altra cronicamente recidivanti e ogni volta accompagnate da versamenti pleurici costituiti da un liquido ematico, opaco, che non coagulava, che conteneva eritrociti in gran numero e dimostrava un elevatissimo potere diastasico.

Questi versamenti si costituivano sempre quando l'affezione pancreatica o quella colecistica subivano una riacutizzazione; passata la quale, i versamenti si riassorbivano completamente. I polmoni non dimostravano nulla di patologico nè all'esame fisico nè all'indagine radiologica. I caratteri del liquido di versamento erano ogni volta i medesimi. Il versamento si costituiva a destra quando erano in primo piano, nel quadro morboso, i fenomeni infiammatori acuti della colecisti; a sinistra, quando invece prevalevano le manifestazioni pancreatitiche.

Colpito dall'elevato contenuto in diastasi del liquido dei versamenti pleurici di questo suo ammalato, l'A. ha voluto studiare il contenuto in diastasi, comparativamente, del sangue, dell'urina e del liquido di versamento sia in questo caso, sia in altri con versamenti pleurici di varia origine: versamenti postpneumonici, empiemi parapneumonici, pleuriti tubercolari. Da questa ricerca è risultato che di solito il contenuto in diastasi del liquido di versamento e quello del sangue si equivalgono, in un medesimo soggetto: i valori trovati sono di 4 o 8 unità diastasiche, sia nel sangue che nel liquido di versamento. Invece nel caso di colecistite e pancreatite croniche che aveva dato lo spunto per questa ricerca collaterale, Werner trovò valori di 64 unità diastasiche nel sangue e di 2048 unità diastasiche una volta, di 16348 unità diastasiche un'altra volta nel liquido di versamento.

L'A. ritiene che tale enorme quantità di fermento presente nel liquido di versamento sia di origine pancreatica e vuole immaginare per quale via il fermento possa passare dal pancreas al liquido pleurico: egli esclude che si tratti di diffusione per contatto, sia per la situazione anatomica del pancreas, sia perchè mancava una peritonite, la quale — eventualmente condizionata dalla pancreatite — a sua volta condizionasse la pleurite; esclude poi anche la via ematica in base alla grande differenza tra i valori diastasici del sangue e del liquido di versamento; in definitiva considera come la più verosimile la diffusione per via linfatica, pur rimanendo poco chiaro, con questa ipotesi, il fatto che anche quando il versamento si verificava a destra in occasione di riaccensioni della colecistite, esso fosse parimenti costituito da un liquido con il medesimo elevatissimo potere diastasico.

A. B.

Le pseudoemottisi.

(F. REDOGLIO. *Minerva med.*, 21 luglio 1942)

Le emottisi sono le emorragie dell'apparato respiratorio nel tratto compreso fra laringe e alveoli polmonari. Nella grande maggioranza dei casi esse dipendono da tubercolosi polmonare; ma esistono dei casi di natura non tubercolare che si indicano col nome di pseudoemottisi.

Per la diagnosi delle pseudoemottisi è necessario spesso ricorrere al laringologo. La decisione rimane qualche volta difficile ugualmente, perchè l'ammalato è esaminato a distanza dall'episodio emorragico, per cui vengono a mancare gli elementi obbiettivi che potrebbero permettere una diagnosi sicura.

A volte la difficoltà diagnostica dipende dall'esame obbiettivo che non è stato sistematico nè completo. Non si deve mai trascurare nulla nell'esame di questi malati, cominciando dall'anamnesi. Il medico deve conoscere colla massima esattezza possibile quali sono state le circostanze che hanno preceduto, accompagnato e seguito l'emissione di sangue. Egli deve conoscere inoltre il colore del sangue, la eventuale presenza in esso di schiuma, l'eliminazione eventuale di coaguli con catarro o di solo catarro striato di sangue.

Per prima cosa non bisogna mai dimenticare che il malato tende sempre ad esagerare in più o in meno, secondo il proprio temperamento.

Per quanto riguarda l'esame obbiettivo, l'esofagoscopia, la tracheoscopia e la broncoscopia, che si dovranno fare più spesso di quanto non si usi, e che erano considerate una volta come non solo fastidiose, ma anche pericolose, sono oggi di semplice esecuzione.

La diagnosi differenziale di solito non presenta difficoltà, se fatta attentamente e vagliando tutti i dati obbiettivi raccolti.

Laufer e Vitry su 1007 malati che avevano avuto emissione di sangue dalla bocca trovarono solo 573 che avevano avuto un'emottisi tubercolare, mentre in 190 la causa era rinofaringo-laringea e in 184 una malattia polmonare o digerente aspecifica.

Sergent chiama emottisi tutte le emorragie sottolaringee o tutt'al più laringee e chiama false emottisi tutte le altre. A questi due gruppi Calderato aggiunge il gruppo delle pseudoemottisi da turbe vasomotorie.

Le false emottisi si possono dividere in tre gruppi: quelle da cause organiche, quelle vasomotorie e quelle discrasiche. Fra i primi due gruppi non c'è una separazione netta, perchè disturbi puramente vasomotori possono condurre dopo un certo tempo a lesioni organiche.

Le cause organiche più frequenti delle pseudoemottisi sono le stomatiti emorragiche, le neoformazioni anche benigne (epulidi, papillomi, angiomi). Si tratta qui di forme rare, ma di diagnosi facile. Esistono poi le varici sottomucose della base della lingua, le ectasie vasali faringee e ipofaringee, che possono anch'esse dare pseudoemottisi.

Pseudoemottisi si possono avere pure per malattie nasali: varici del locus Valsalvae, polipi sanguinanti del setto, ulcus rodens di Hajek, ulcerazioni specifiche, corpi estranei.

Di diagnosi notevolmente difficile sono le emorragie da neoplasie delle fosse nasali, delle cavità sinusali (specialmente fibroma rinofaringeo ed epitelioma del seno mascellare).

La laringe è il tratto delle vie respiratorie che dà il minor numero di emorragie. La trachea invece occupa il secondo posto d'importanza dopo la base della lingua nella genesi delle false emottisi, che possono dipendere da alterazioni per sostanze tossiche inalate, per cardiopatie, per nefropatie, per affezioni epatiche, per ipertensione.

Mounier-Kuhn distingue quattro specie di lesioni tracheali: tracheite subacuta diffusa, tracheite circoscritta, processi ulcerativi superficiali della mucosa e lesioni produttive (vegetazioni papillomatose e formazioni polipoidi).

In trachea si possono avere anche delle ulcerazioni tubercolari che possono dare emorragie. Carattere emorragico possono avere le lesioni tracheali da gas tossici, le tracheo-bronchiti fetide con reperto fuso-spirillare, le tracheo-bronchiti pseudomembranose difteriche e diplococciche e la spirochetosi broncopolmonare di Castellani. Causa di emottisi non tubercolari possono essere anche le bronchiettasie.

L'esofago può dare delle pseudoemottisi e le cause sono molteplici: esofagite traumatica o chimica, neoplasmi benigni e maligni, ulcere peptiche precardiali, le varici esofagee. Le emorragie esofagee hanno come carattere particolare che il sangue emesso si raccoglie prima nello stomaco, dove ristagna un certo tempo per venire poi eliminato o per il tubo enterico o nuovamente per l'esofago. Si tratta perciò di sangue nerastro con fondo di aspetto pulverulento che non si può confondere col sangue rosso, rutilante schiumoso delle emottisi vere. Inoltre l'emottisi avviene con tosse penosa, affaticante, con senso di soffocazione e dispnea.

Le pseudoemottisi da turbe vasomotorie sono prodotte da emorragie viacrianti o supplementari delle mestruazioni come pure da disturbi vasomotori che accompagnano le forme tubercolari polmonari specialmente fibrose, d'ipertensione arteriosa.

Pseudoemottisi di origine discrasica sono quelle che si verificano nelle emopatie, nelle malattie infettive.

Si possono riassumere così i caratteri diagnostici differenziali fra emottisi vere e pseudoemottisi. Nelle emottisi si ha un periodo preemotteico con anoressia, dimagramento malessere, febbre, mentre nelle pseudoemottisi questo periodo manca completamente. Le emottisi hanno dei segni prodromici (calore retrosternale, vellichio laringeo, tosse) che mancano nelle pseudoemottisi. L'emissione di sangue nell'emottisi avviene a flotti e provoca soffocazione e solo raramente è costituita da sputi ematici; inoltre sono frequenti i periodi di sosta con crisi susseguenti. Invece nelle pseudoemottisi l'emissione avviene senza sforzi. Nell'emottisi il sangue è rosso vivo, aerato, quasi libero da secreti o escreati, con scarsa tendenza a coagulare e con presenza di bacilli di Koch, al contrario di quanto avviene nelle pseudoemottisi. Nel periodo postemottoico le vere emottisi presentano sputi nerastri ricchi di coaguli piccoli, cilindrici, della forma dei bronchi.

Le cure locali, che sembrano in apparenza radicali, in realtà non servono che ad impedire che il disturbo si ripeta localmente, perchè le emorragie non sono che una manifestazione di una malattia che va curata essa stessa.

Le pseudoemottsi in genere non hanno carattere di gravità e non richiedono quasi mai una terapia pronta e immediata. L.

CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

VINCENZO M. PALMIERI. *Medicina Forense*, II ediz., Soc. Editr. Luigi Macrì, Bari e Città di Castello, 1943, pagg. 639, figg. 4, tavole fuori testo VIII, prezzo L. 100.

La promulgazione dei nuovi codici ha messo un po' in imbarazzo i medici legali. Da questo imbarazzo li toglie il Palmieri con la seconda edizione della sua Medicina Forense, che egli ha rifatto completamentè aggiornandola colle nuove disposizioni legislative. Con questa fatica egli si è reso benemerito degli studi in questo campo speciale.

Egli ha raccolto in stile fluido e conciso tutto il materiale che costituisce un vero e proprio trattato. Ogni argomento è esposto con chiarezza e con acume e in ogni capitolo l'A. dice una parola propria. Questa originalità costituisce uno dei pregi maggiori del lavoro, che non è un'arida compilazione, ma il risultato della lunga esperienza di insegnamento che ha il Palmieri.

La prima parte del volume riguarda la Generalità della Medicina Forense, e perciò tratta della storia della medicina legale, del metodo da usarsi, della perizia (e qui c'è un interessante capitolo sulla perizia anche nel diritto canonico) e infine del segreto e degli obblighi del medico di fronte alla legge.

La Medicina legale applicata al diritto penale è argomento della seconda parte, la quale non tralascia nessun problema: dopo norme generali riguardanti il delitto e il delinquente, l'A. si occupa della tanatologia forense, dei delitti contro il buon costume, di quelli contro la sanità della stirpe (abortivi e non abortivi), di quelli contro la vita e l'incolumità individuale.

Nella parte III sono raggruppati vari capitoli interessanti le applicazioni medico-legali al diritto civile e al diritto canonico (quindi la capacità giuridica e quella civile, il matrimonio, la filiazione).

La IV parte è dedicata alle applicazioni medico-legali alla previdenza, quindi si occupa degli infortuni, dell'assistenza e previdenza sociale, delle malattie professionali, delle assicurazioni vita.

In appendice sono raccolti cenni di medicina legale militare.

Il volume avrà certamente accoglienza favorevolissima da parte dei numerosi cultori di medicina legale di tutta l'Italia. L.

M. GUNDEL. *De Ansteckenden Khankheiten*, Vol. di pp. 743, II edizione. Edit. G. Thieme, 1942, RM. 16, 87, rilegato 18.

M. Gundel, in questa seconda edizione, con la collaborazione di ben 26 fra i più noti cultori di malattie contagiose da H. Schmidt, a Domagk, Kikuth, Gutzeit, Kayser-Petersen, Kleinschmidt, Keller, Sonnenschein ecc., raccoglie tutte le malattie contagiose, con particolare riguardo alla loro epidemiologia, alla loro lotta e terapia specifica. Non è trascurata la sintomatologia che è riportata in succinto. L'edizione è aumentata e migliorata rispetto alla precedente, in ogni capitolo vi si trovano tutte le nozioni anche più recenti, frutto di osservazioni di questi ultimi anni di guerra.

Aggiornata è anche la bibliografia.

Più che fare un dettagliato esame dei singoli capitoli, basta ricordare che trovano fra l'altro ampio svolgimento anche le moderne questioni sulle malattie contagiose in tempo di guerra: dissenteria, tifo, tifo petecchiale, ittero contagioso, epatite epidemica.

Qualche figura illustra l'opera che è utile non solo agli specialisti, ma a tutti i medici che vi troveranno ogni indicazione aggiornatissima.

Bella la stampa e la rilegatura.

F. CORELLI.

ABDERHALDEN E. *Lehrbuch der Physiologischen Chemie*. II e XII edizione, rinnovata. Un vol. in-8°, di 357 pagg., Urban e Schwarzenberg, Berlino, 1942, MK. 12.

Sono passati solo sei mesi dalla comparsa della edizione precedente di questo manuale, destinato agli studenti e a chiunque voglia trovare compendiati in modesto volume i fondamenti e le nozioni fondamentali della biochimica. Nessun capitolo è rimasto immodificato: si tratta per lo più di completamenti, di aggiornamento. La struttura dell'opera, la distribuzione della materia sono rimaste le stesse.

La trattazione è completa: anche nei capitoli più difficili da sistemare per l'incessante rinnovamento ed allargamento delle nozioni, il lettore trova tutto ciò che è essenziale, con un aggiornamento perfetto, e in forma chiara, didattica.

L'opera contiene numerose illustrazione e le formule necessarie per l'esatta comprensione degli argomenti. La materia è suddivisa in 29 lezioni. Lo studio dei protidi, degli aminoacidi e dei fermenti è svolto con particolare efficacia, conformemente alla speciale competenza ed autorità dell'A. in queste branche della biochimica. M. COPPO.

AVVERTENZA: Nel prossimo numero 16 del 19 Aprile, pubblicheremo

L'INTERPRETAZIONE MEDICA DI ALCUNI EPISODI DELLA PASSIONE E DELLA MORTE DI GESÙ CRISTO

Divagazione originale

del prof. FRANCESCO GIUGNI di Rimini

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA

Asma bronchiale allergico.

Polvere ectodermica, di peli, e di piume inalate per anni di seguito si possono depositare sulla mucose delle vie respiratorie: se per difettosa secrezione di muco il paziente non è in grado di espettorare questa polvere può infine svilupparsi un' asma bronciale allergico. In alcuni tali casi si riesce a desensibilizzare il paziente con vaccini specifici; ma anche se non si ottiene tale risultato, il vaccino attivando le mucose respiratorie provoca una forte secrezione di muco che elimina le particelle estranee. Tale risultato è stato ottenuto in una paziente che da 6 anni lavorava in una pellicceria e da 4 anni soffriva di accessi asmatici, per mezzo della desensibilizzazione alla Frugoni da K. Tomic-Karovic (*Wien, Klin, Wochenschr*, 6 novembre 1942). Dopo la desensibilizzazione la tosse secca, stizzosa senza catarro, venne sostituita dalla espettorazione di sputo brunastro e nerastro, contenente gran copia di peli fini. Accanto agli accessi asmatici la paziente presentava segni di deficienza di calcio nei tessuti: friabilità dei denti e talora spasmi nei muscoli delle estremità. Eppure la calcemia era elevata (17 mg.%) e diminuì solo allorchè la somministrazione di vitamina D (insieme con A) rese possibile ai tessuti di utilizzare il calcio ematico (a 15,6 mg. %). Dopo la desensibilizzazione la paziente non avvertì più la sensazione di bruciore e di pressione al torace che prima la molestavano, e gli accessi asmatici scomparvero del tutto. P.

Patogenesi e terapia delle bronchiectasie del bambino.

V. Mergoli (*Policlinico infant.*, vol. X, 1942) rileva che la bronchiectasia è una malattia dell'infanzia, più che dell'adulto: in sei anni fra i 3412 bambini ricoverati 35 casi di tale affezione dimostrano una frequenza che si aggira sull'1 %. Problema sociale quindi, poichè il bronchiectasico è socialmente un grave minorato. La diagnosi è ormai agevole dopo che l'introduzione nella pratica dei mezzi di contrasto. Sulla patogenesi delle bronchiectasie l'A. ha condotto delle lunghe ricerche sui 35 casi osservati durante sei anni: afferma indispensabile l'uso della radiografia del polmone fatta prima della bronchiectasia per aver modo di studiare le condizioni del parenchima polmonare. Sui dati obbiettivi offerti dalla osservazione radiografica i bronchiectasici sono stati divisi in tre categorie: quelli con ombre triangolari della base, quelli con ombre di aspetto diverso (dall'opacamento intenso che simula un versamento fino ad un lieve aumento della trama polmonare); quelli con ombre calcificate del polmone. La patogenesi delle bronchiectasie acquisite che l'A. ha studiate riposa su due fattori principali: infezione e occlusione bronchiale. Nell'85 % dei casi (31 su 35) le lesioni si trovano limitate ai lobi inferiori: qualora il lobo inf. destro o sin. o ambedue insieme non siano interessati in toto le zone di parenchima alterate e quindi le diramazioni bronchiali deformate sono quelle più vicine alla colonna vertebrale. Ciò conforta nella supposizione che le bronchiectasie si formino dove è più difficile il drenaggio dei bronchi e quindi l'aerazione del polmone. La terapia unica capace di guarire la malattia è quella chirurgica con la lobectomia. La collassoterapia e la cura medicamentosa non dànno risultati: miglior successo ha avuto se non sulla lesione anatomica sull'espettorazione, il drenaggio dei bronchi artificiale. 4 casi dell'A. sono stati lobectomizzati con buon risultato, anche a distanza.

BENDANDI.—

Alcune considerazioni sulla sede preferita dalle sanguisughe parassite delle prime vie aeree e digerenti dell'uomo.

G. Fornari (*Gazzetta Medica Albanese*, maggio-giugno 1942) riferisce dettagliatamente un caso in cui ben due sanguisughe si erano annidate una nel rinofaringe e l'altra nella fossa nasale sinistra di un bambino di cinque anni, che si era dissetato ad una fonte infestata da questi irudinei. Prendendo occasione da questo caso, l'A. dà alcune interessanti nozioni di anatomia e fisiologia delle sanguisughe e fa notare come queste, introdotte nel cavo orale con l'acqua per bere, cerchino subito di trasferirsi in una sede adatta, dove possano vivere indisturbate. Dalla bocca perciò passano nel faringe boccale donde però, essendovi disturbate dalla deglutizione, migrano verso l'alto (rinofaringe, fosse nasali) o verso il basso (laringe, trachea, bronchi, ipofaringe, esofago, stomaco). Quando la sanguisuga emigra verso l'alto nel faringe nasale, specie se si impianta sulla volta, trova quivi una certa quiete. L'aria umida che passa non le dà fastidio e i movimenti del velopendolo la tormentano poco o affatto. Essa quindi vi si ferma e può restarvi anche a lungo; non tende ad emigrare nelle fosse nasali, attraverso le coane, perchè qui la corrente aerea è più asciutta e più veloce ed essa teme di essere, in un atto riflesso, distaccata e proiettata in una zona pericolosa. Nel caso in esame una delle sanguisuga presenta nella fossa nasale passava nel rinofaringe, sede più tranquilla. Quando la sanguisughe è stata costretta ad emigrare nella fossa nasale s. dalla presenza dell'altra nel ri-

nofaringe; infatti, estratta la sanguisuga con sede rinofaringea, dopo qualche minuto la sanguisuga presente nella fossa nasale passava nel rinofaringe, sede più tranquilla.

Quando la sanguisuga emigra in basso, può giungere in laringe, ove in un primo tempo provoca vivaci atti riflessi; a poco a poco però la mucosa si adatta alla presenza del parassita, che può quindi permanere in laringe parecchio tempo. L'adattamento della sanguisuga non avviene invece per l'ipofaringe, dove è troppo disturbata dai frequenti stimoli di deglutizione che essa provoca e dal passaggio dei cibi. Lo stesso avviene per l'esofago e per lo stomaco ove, per la presenza del succo gastrico, le sue condizioni di vita non sono possibili. F. T.

Trombopenia totale dopo una unica iniezione di salvarsan.

Si sa da tempo che la intossicazione da salvarsan può accompagnarsi ad emorragie più o meno estese: esse sono attribuite da alcuni alla azione del salvarsan sugli endoteli vasali, da altri ad una sua azione sul midollo osseo e quindi sui trombociti. Numerosi casi riferiti dimostrano che il salvarsan può ledere sia gli endoteli che il midollo delle ossa e così provocare emorragie; sono tuttavia rari i casi letali. Mentre statistiche del 1922 danno solo 12 casi di morte su 225780 iniezioni di salvarsan, negli ultimi anni i casi letali sono in aumento. In un caso riferito da H. Heinsen e R. Wachter (*Deut. Medizin. Wochenschr.*, n. 49, 4 dicembre, 1942) una unica iniezione di 0,30 salvarsan provocò al giorno seguente forti emorragie gengivali e porpora emorragica diffusa. Nè con vitamina C, nè con sangostop, nè con la irradiazione della milza nè con trasfusione di sangue si riuscì a frenare le emorragie; nel sangue mancavano totalmente i trombociti, mentre gli altri elementi midollari erano normali. Morte per emorragia cerebrale: l'autopsia dimostrò emorragie in tutti gli organi, il midollo osseo non conteneva alcun megacariocita. Forse esisteva nel caso riferito una predisposizione alla lesione del sistema trombocitico, perchè il paziente per la sua professione era spesso a contatto col benzolo di cui è nota l'azione dannosa sulle piastrine . Per diminuire gli incidenti da intolleranza verso gli arsenobenzoli è consigliabile iniettare, prima della cura vera e propria, una piccola dose di prova di salvarsan (0,05): se entro 24 ore non si manifesta alcun disturbo si pososno senza alcun pericolo iniettare le dosi abituali. P.

Azione delle iniezioni di sangue di gravida sulla leucopénia del tifo.

La leucopenia del tifo è un indice della intossicazione del midollo osseo; neutralizzare questa azione intossicante e ridurre la leucopenia sarebbe secondo A. Slany e M. Pachopos (*Wien. Klin. Wochenschr*, 6 novembre 1942) vantaggioso dal lato terapeutico. Essi usano a tale scopo iniezioni di sangue di gravida o di puerpera in dose di 20 ccm. Talvolta già dopo una sola, altre volte dopo ripetute iniezioni, aumenta sensibilmente il numero dei leucociti, e contemporaneamente migliora il quadro clinico. Il metodo venne applicato a 5 casi di cui 2 gravi; tutti i pazienti guarirono bene. Non è accertato se l'azione del sangue di gravida sui leucociti dipenda da una azione specifica di questo sangue, da una azione proteinica aspecifica del sangue in genere oppure dagli ormoni contenuti nel sangue gravidico. P.

Possiede la follicolina un'azione abortiva nella donna?

È noto, osservano L. Portes e J. Varangot (*Presse Médicale*, 20 febbraio 1943) che nei roditori è possibile, mediante la somministrazione di follicolina, interrompere la gravidanza. Per quanto i risultati ottenuti dai diversi autori siano a volte contraddittorii e per quanto nella maggioranza dei casi si ottenga la morte in utero degli embrioni e non l'aborto, pure molti autori hanno tratto motivo da questi esperimenti sugli animali per ammettere che la follicolina abbia, anche nelle donne, proprietà abortive.

S'incontrano in effetti spesso nella pratica quotidiana donne che hanno avuto un aborto e lo attribuiscono a cure follicoliniche cui erano state sottoposte; si tratta in realtà di donne che si sono procurato l'aborto con manovre traumatiche e che non vogliono confessarlo. Altre volte si tratta di donne che presentavano un ritardo delle regole; che pertanto si credevano incinte e nelle quali una mestruazione ha fatto seguito alle iniezioni di follicolina. Si tratta in tali casi di amenorree transitorie che cedono alla somministrazione di sostanze estrogene.

Per risolvere la questione circa la reale capacità della follicolina di produrre l'aborto nella donna, numerosi autori (Robinson, Datnon e Jeffeoate; Belonoschkin; Tapfer ecc.) hanno somministrato a donne incinte notevoli quantità di follicolina, associandovi in alcuni casi estratti post-ipofisarî e sali di chinino. Essi hanno potuto osservare talvolta piccole emorragie o contrazioni uterine dolorose, mai l'aborto.

Gli AA. hanno iniettato a 5 donne incinte, la cui gravidanza doveva essere interrotta a scopo terapeutico, dosi di benzoato di estradiolo oscillante da 60 a 120 mgr. Le donne presentarono delle coliche uterine transitorie, ma non abortirono. Recentemente poi gli stessi AA. hanno osservato l'insorgere di uno stato gravidico in una donna che, a causa di una aplasia mammaria, veniva sottoposta ad intenso trattamento follicolinico.

Sembra dunque agli autori dimostrato che nella donna incinta la follicolina, anche se somministrata a dosi massime, non può interrompere la gravidanza. C. IANDOLO.

La cura dei disturbi dell'irrorazione sanguigna periferica.

I disturbi dell'irrorazione sanguigna ferifèrica riconoscono un fattore patogenetico costituzionale, nel senso di una anormale reattività vasale, ed altri fattori endogeni quali le alterazioni endocrine, l'età, il sesso, l'azione del freddo e dell'umidità, l'abuso di tabacco, le pregresse infezioni acute o quelle croniche in atto, i fenomeni allergici, le carenze alimentari ecc. H. Schnetz (*Fortsch. d. Ther.*, ottobre 1942) distingue i metodi di cura in quelli che mirano ad attenuare o eliminare i fattori che favoriscono o determinano le alterazioni dei vasi e quelli che tendono ad ottenere un miglioramento della circolazione sanguigna periferica; i primi si basano sopratutto sul regime di vita e di alimentazione (evitare strapazzi, fumo, alcole, freddo, umidità; dieta razionale vietando l'abuso di carne), i secondi sono conservativi od operativi, oppure ad azione chimica o farmacologica diretta o indiretta sul sistema nervoso vasale. Rientrano nella seconda categoria le cure fisiche (luce, calore, bagni) e la simpatectomia periarteriosa; fra i farmaci vasodilatatori sono noti i nitriti, la teobromina, la papaverina e gli acetilcolinici, ma essi contano molti insuccessi e giovano solo nelle forme leggere. Buoni resultati ha invece portato l'impiego degli ormoni, come l'ormone circolatorio del pancreas (Padutin) e gli estratti di muscoli e di organi (Eutonon, Lacarnol, Myoston ecc.) i quali tutti però sono di gran lunga superati dall'efficacia vasodilatatrice degli ormoni sessuali ormai confermata da una serie di osservazioni cliniche oltre che sperimentali. L'A. ha ottenuto successi tanto nelle forme funzionali quanto in quelle organiche e raccomanda l'uso degli ormoni femminili quali il Progynon o similari, per 7-14 giorni in dosi di 10.000 unità internazionali al giorno e successivamente 2-3 volte la settimana 20.000 unità; degli ormoni maschili per 7-14 giorni, ogni giorno 10 mg. di Testoviron o similari e successivamente 20-25 mg. due volte la settimana; i migliori resultati si ottengono usando ormoni femminili nelle donne e maschili nell'uomo. In nessun caso insorsero disturbi accessori all'infuori di un aumentato senso di calore nelle membra, leggero grado di congestione e fugace agitazione e palpitazione cardiaca; la cura si deve adattare ai singoli casi ed è particolarmente indicata in quei disturbi circolatori che rientrano nel quadro di una disfunzione ormonale, nelle deficienze ovariche, tireosi, tetania latente ecc. Resultati molto buoni ha dato nella *claudicatio intermittens* e nella gangrena diabetica sclerosante iniziale. M. P.

VARIA

Meridionalizzazione dell'Italia.

Già da vari anni, si va notando un grande spostamento di individui e di famiglie delle regioni meridionali d'Italia verso le città dell'Italia centrale e specialmente settentrionale. Il fenomeno, che si è venuto delineando particolarmente dopo la diminuzione e la scomparsa dell'emigrazione all'estero, ha le sue basi profonde in un fattore demografico, quello della fecondità.

Raffrontando, con il calcolo statistico, le tavole di fecondità e di mortalità della popolazione femminile italiana, risulta che il primato per il contributo all'incremento demografico della Nazione appartiene all'Italia meridionale; in essa, una generazione di 1000 femmine consente la propria graduale sostituzione col considerevole aumento del 48,6 per cento. Segue poi, molto da vicino, l'Italia insulare con il coefficiente del 33,2 per cento. La centrale può consentire un esiguo accrescimento del 6,4 per cento mentre il contributo della settentrionale è negativo e la percentuale sopra indicata per le altre ripartizioni vi assume il valore di — 5 per cento.

Se, pertanto, la popolazione italiana si avvia verso un livello sempre più elevato, ciò è dovuto essenzialmente alla grande fecondità delle donne dell'Italia meridionale ed insulare, che riescono a colmare i vuoti che vengono lasciati nelle file delle nascite dalle donna del settentrione.

Così restando la situazione dal punto di vista della fecondità, sono da attendersi per il futuro degli esodi dal Sud al Nord della Penisola, il che porterebbe la popolazione italiana a presentare caratteri con sempre crescente influenza meridionale.

(Da *L'Arte Ostetrica*, 15 febbr. 1943).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento corporativo

I medici nell'ora presente.

Nella prima quindicina di marzo il vice Fiduciario nazionale per i sanitari della Associazione Fascista del Pubblico Impiego prof. Giuseppe Barbèra ha visitato le Sezioni Sanitarie di Napoli, Palermo, Messina, Reggio Calabria avvicinando negli Uffici d'Igiene, negli Ospedali e negli Ambulatori delle Casse Mutue i medici condotti e ospedalieri per portar loro il saluto e il riconoscimento del Segretario del Partito per la vigile coraggiosa opera di assistenza alle popolazioni delle città obiettivo dell'offesa nemica.

Nei numerosi contatti avuti con i sanitari condotti, ospedalieri e in servizio presso gli Ambulatori delle Mutue il Vice Fiduciario Nazionale ha potuto rendersi conto del profondo attaccamento dei medici ai duri doveri imposti dal momento, della costante abnegazione e dell'amorevole cura con cui in ogni circostanza hanno assolto i loro compiti.

CONCORSI

Posti vacanti.

UDINE. — Aiuto e assistente Radiologia per pronta assunzione servizio, ricerca *Ospedale civile di Udine*. Inviare domanda al presidente dell'Ospedale.

Concorsi a premi.

Fattori della bassa mortalità infantile.

Il capo della Sanità del Reich aveva bandito un concorso a premi sui fattori della bassa mortalità infantile in alcuni distretti; il concorso è stato prorogato al 1° gennaio 1944. Può accedervi qualunque medico. Comporta due premi: di 3000 e di 2000 RM. Per i dati statistici rivolgersi alla « Arbeitsgemeinschaft für Medizinalstatistik beim Reichsgesundheitsführer, Alexanderplatz 1 (Berolinahaus), Berlin C 2.

Borse di studio

Premio per laureati in medicina.

Alla R. Università di Milano è aperto il concorso ad un premio di 3000 lire (Fondazione « Adelina De Marchi ») in favore di un neolaureato in medicina e chirurgia, che abbia presentato per il conseguimento della laurea la miglior dissertazione in materia cardiografica.

Le domande dei concorrenti, regolarmente documentate, redatte su carta legale da 6 lire, e dirette al Rettore, devono essere presentate alla Segreteria dell'Università entro le ore 12 del 30 aprile 1943-XXI.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

RICOMPENSE AL VALOR MILITARE.

a personale del Servizio sanitario R. Marina.

Medaglia d'argento: ten. col. medico Ernesto Trombetti.

Medaglie di bronzo: ten. col. medici Ernesto Trombetti, Piero Alonzo, Mario Fea; cappellano capo don Emilio Voglino; ten. medico Giovanni Brazioli; s. ten. medico Bruno Salis, capo gruppo infermiere vol. C. R. I. Maria Bonamici.

Croce di guerra: col. medico Umberto Monteduro; ten. col. medici Gennaro Lenza, Amedeo Mattei, Mario Clemente; magg. medico Giorgio Iacobelli; cappellano capo don Alfredo Ferrero; ten. medici Carlo Lepore (due ricompense); ten. med. Salvatore Ingegneros; tenenti cappellani don Giuseppe Tedeschi, don Silvio Cinque; s. ten. medico Carlo Alberto Montagnani, Giuseppe Taormina; s. ten. med. c. Angelo De Grandi; infermiere volontarie C.R.I. Franca Antinori, Vera Marinelli, Margherita Paoli, Tosca Mannelli, Rosanna Formichini, Teresa Maria Caccia.

Encomio solenne: cap. med. Alfredo Cairone, s. ten. med. Vito Giovannini.

Il Sovrano, su proposta del Duce, ha insignito della croce di cavaliere dell'Ordine militare di Savoia il ten. gen. medico della R. M. prof. Gregorio Gelonesi.

Il prof. Alessandro Alessandrini, ordinario d'igiene nella R. Università di Siena, con decreto ministeriale è stato chiamato a far parte della Reale Accademia lucchese di scienze, lettere ed arti.

La Società tedesca per la lotta contro le malattie veneree nel dicembre 1938 aveva bandito un concorso a premi per l'autore di un procedimento di coltivazione del gonococco, idoneo a far porre la diagnosi batteriologica entro 24 ore. Sono stati presentati 19 lavori; nessuno però ha soddisfatto le condizioni del concorso e, pertanto, il primo premio non è stato assegnato. Sono stati però conferiti il secondo e il terzo premio, di 1000 e di 500 marchi, ai due lavori che più si avvicinano alle condizioni predette; essi appartengono al consigliere privato dott. Werner Christiansen di Berlino e al dott. Gustav Bräuer di Würzburg. Sono stati anche distribuiti premi di 50 marchi a dieci altri lavori.

L'Accademia di chirurgia di Parigi ha conferito il premio Chupin a J. Poinot, il premio Gerdy a René Fauvert e il premio Le Dentu a M. Germain.

Nell'Università di Istanbul si è organizzata una terza Clinica medica alla quale è stato preposto, come ordinario, il generale prof. dott. Teofik Salim Saglam. Alla direzione della Clinica neurologica è stato chiamato, come ordinario, il prof. dott. Fahreddin Kerim Gökay.

NOTIZIE DIVERSE

Sezione per l'alimentazione presso il Consiglio superiore di Sanità.

Con R. decreto 12 settembre 1942-XX, pubblicato nella « Gazzetta ufficiale » del 16 gennaio, sono stati chiamati a far parte della Sezione per l'alimentazione in seno al Consiglio superiore di Sanità: De Blasi prof. Dante, accademico d'Italia, presidente; Frugoni prof. Cesare, direttore del-

la Clinica medica della R. Università di Roma, vice-presidente; Petragnani prof. Giovanni, direttore generale della Sanità pubblica; Venturi prof. Augusto, segretario del Comitato interministeriale di coordinamento per gli approvvigionamenti, la distribuzione e i prezzi; La Via dott. Lorenzo, direttore generale della Demografia e Razza; Macciotta dott. Leonida, capo dell'Ufficio II del Gabinetto Ministero dell'Interno; Marotta prof. Domenico, direttore dell'Istituto superiore di Sanità; Ronchi prof. Vittorio, direttore generale dell'Alimentazione; Carranti dott. Aurelio, direttore generale della produzione agricola; Dente dott. Massimiliano, direttore generale, rappresentante del Ministero delle Corporazioni; Baglioni prof. Silvestro direttore dell'Istituto di fisiologia umana della R. Università di Roma, rappresentante del P.N.F., accademico d'Italia; Frontoni cons. naz. conte Alessandro, rappresentante dell'O.N.M.I.; Visco cons. naz. prof. Sabato, direttore dell'Istituto di istologia e fisiologia generale della R. Università di Roma; Spolverini sen. prof. Luigi, direttore della Clinica pediatrica della Regia Università di Roma; Gaifami prof. Paolo, direttore della Clinica ostetrico-ginecologica della Regia Università di Roma; Tallarico cons. naz. prof. Giuseppe, docente di chimica biologica; Morelli cons. naz. prof. Eugenio, direttore dell'Istituto « C. Forlanini » di Roma; Pende sen. prof. Nicola, direttore dell'Istituto di patologia medica della Regia Università di Roma; Cramarossa prof. Saladino, ufficiale sanitario capo dell'Ufficio d'igiene del Governatorato di Roma; Orsi prof. Giovanni, ufficiale sanitario del comune di Napoli; Quagliarello prof. Gaetano, ordinario di chimica biologica della R. Università di Napoli; Di Mattei prof. Pietro, direttore dell'Istituto di farmacologia della R. Università di Roma; Lanfranchi prof. Alessandro, direttore dell'Istituto di patologia e clinica medica veterinaria della R. Università di Bologna; Niceforo prof. Alfredo, ordinario di statistica della R. Università di Roma; Salvioli prof. Gaetano, direttore della Clinica pediatrica della R. Università di Bologna.

Congressi e convegni.

La Società Italiana di Cardiologia, invece che a Milano, terrà la sua riunione (VIIIª) il 2 maggio p. v. a Roma, nell'aula della R. Clinica medica (Policlinico Umberto I).

Relatore sul tema « La fisiopatologia del circolo venoso » sarà il prof. Luigi Condorelli, direttore della Clinica medica di Catania. Seguiranno nel pomeriggio due conferenze tenute dal prof. R. Margaria, direttore dell'Istituto di Fisiologia della R. Università di Milano, su « la regolazione del circolo negli aviatori » e dal maggiore medico di complemento R. M. prof. C. Colombi su « l'attività cardio-vascolare nel micro-clima del sommergibile ».

Il 24 gennaio ha avuto luogo in Padova il primo raduno oto-rino-laringoiatrico dell'alta Italia. Il prog. P. Caliceti ha riferito sui compiti dei medici oto-rino-laringoiatri durante la guerra; sono state poi fatte numerose comunicazioni.

Nuove disposizioni per le licenze-convalescenza.

Allo scopo di limitare allo stretto necessario il periodo di tempo in cui i militari giudicati temporaneamente inabili al servizio debbono rimanere lontani dai ranghi dell'esercito ed a meglio adeguare all'attuale momento la adozione dei relativi provvedimenti medico-legali, il Ministero della Guerra ha disposto che, per la durata della guerra, le licenze-convalescenza, i periodi di non idoneità temporanea e quelli di idoneità condizionata, in seguito a malattie, quando necessari, non oltrepassino, di massima, i novanta giorni.

Sono poi in corso di emanazione provvedimenti legislativi per il recupero dei militari affetti da ernie viscerali e da alterazioni dentarie. Ai primi sarà fatto l'obbligo dell'intervento chirurgico; ai secondi sarà fornita a carico dell'Amministrazione militare adatta protesi.

È stato pure stabilito che a datare dal 1° aprile, alle sedute delle commissioni mediche ospedaliere di cui al R. D. 1024 del 15 aprile 1928 presenzi un ufficiale superiore d'arma combattente mutilato dell'attuale o delle passate guerre e decorato al Valor Militare, a significare la continuità del sacrificio tra chi ha già dato e chi si accinge a dare alla Patria le sue migliori energie.

Uno studio del prof. Viola sulla Santa Sindone.

Dove si trovi attualmente custodita la Santa Sindone è saputo soltanto dalla Maestà del Re Imperatore, dal Principe Umberto di Savoia, dal Cardinale arcivescovo di Torino e dal Custode della R. Cappella oltre che dal notaio che ha rogato l'atto legale che registra come la sacra preziosa reliquia cristiana e sabauda sia stata trasportata e sistemata in luogo sicuro, fuori da ogni pericolo di guerra. Ma la Santa Sindone continua ad essere oggetto di importanti studi ed ora se ne aggiunge uno del senatore Giacinto Viola dell'Università di Bologna, studio che sarà presentato al Papa per le feste di Pasqua.

Lo studio del sen. Viola, professore emerito di clinica medica all'Università di Bologna, esclusivamente antropometrico, è diretto a constatare le reali misure e forme del corpo di Cristo avvolto nella Santa Sindone, mediante l'esame scientificamente accurato delle impronte su di essa lasciate.

Medici italiani ed oriente asiatico.

Il recente volume pubblicato dall'« Istituto per il Medio ed Estremo Oriente » col titolo: « Le missioni cattoliche e la cultura dell'Oriente » dimostra la potenza intellettuale e culturale delle Missioni Cattoliche, anche indipendentemente dalla loro immensa potenza spirituale.

Anche i medici italiani hanno dato notevolissimi contributi alla conoscenza dei Paesi dell'Oriente Asiatico, con lavori poderosi e non dimenticabili, quali quelli di F. De Filippi, L. Mazzolani, A. Carelli, A. Poggi, M. Piaggio, E. Magli, G. Rolando, T. Sarnelli ed altri.

Il volume « Le Missioni Cattoliche e la Cultura dell'Oriente » sarà inviato in omaggio a chi segnalerà lavori di altri medici italiani riguardanti l'Oriente all'Ufficio Stampa Italiana, via Vallazze 39, Milano.

Un po' dovunque.

In una conferenza tenuta a Stoccolma, il direttore di una grande compagnia marittima, reduce da un viaggio d'affari in Inghilterra, ha rilevato, tra l'altro, come in questa Nazione la Croce Rossa sia disorganizzata e priva di materiale. (Dal « Popolo d'Italia », 4 marzo 1943).

Il dott. Hellmerth Unger ha tenuto, nella « Maison de la chimie » di Parigi, una conferenza in lingua tedesca sui progressi della scienza medica tedesca.

Si ha notizia da Chicago che, nell'Ospedale per bambini di Wells, un'infermiera ha scambiato una soluzione di sublimato con acqua distillata, determinando così la morte di cinque piccoli pazienti, fra spasimi atroci. A stento ella potè essere sottratta alla vendetta dei parenti dei bambini.

L'Istituto portoghese di oncologia ha pubblicato, durante il 1940, 9 lavori sul proprio Archivio e 2 fuori; e durante il 1941, rispettivamente, 11 e 15; ha tenuto nel biennio 48 sessioni scientifiche, in cui sono state fatte numerose comunicazioni; ha ora in via di realizzazione molti lavori. Un prospetto di tale attività è pubblicato dal direttore scientifico, prof. A. Athius, in « A Medicina Contemporanea » (17 gennaio 1943).

È comparsa a Madrid « La Toko-Ginecología Practica », la prima rivista di ostetricia e ginecologia che veda la luce in Spagna dopo l'avvento del regime attuale. È diretta dal dott. Luque, fiancheggiato da reputati cultori della specialità.

Da Buenos Aires si ha notizia che a Washington il competente ministero ha ordinato il censimento di tutti gli ospedali degli Stati Uniti, perchè tengano a disposizione delle autorità militari un milione di letti.

Un R. decreto-legge 18 marzo 1943-XXI, n. 126, aumenta le pensioni e i contributi dell'assicurazione invalidità e vecchiaia.

La Principessa di Piemonte ha visitato l'Ospedale della Croce Rossa italiana in Modugno, dove sono ricoverati feriti di guerra provenienti dai vari fronti; poi si è recata a bordo di una nave ospedale, giunta nel porto di Bari e ha dato il primo saluto agli ufficiali e marinai reduci ed a civili internati, che rientravano in Patria; nel medesimo tempo ha ispezionato il servizio d'infermeria.

La R. Accademia dei fisiocritici di Roma (Sezione medico-fisica) si è adunata il 5 febbraio; sono state fatte comunicazioni dagli accademici G. Brugi, M. Benazzi, G. Manganotti, A. Giordano.

Il prof. Gaetano Ceccarelli, della R. Università di Padova, ha tenuto il 23 febbraio all'Ateneo Veneto una conferenza su: « La malattia ulcerosa dello stomaco e sua cura ».

Il sen. prof. Amedeo Perna ha illustrato, il 16 febbraio, l'Istituto superiore di odontoiatria di Roma, da lui diretto, al col. med. prof. Kaziura e al magg. Imaska, accompagnati dal gen. Shömizu, addetto militare presso l'Ambasciata del Giappone.

Il prof. Augusto Giovanardi, nuovo titolare della cattedra d'igiene a Padova, ha tenuto, il 3 febbraio, la prolusione del suo corso, trattando il tema: « Condizionamento dell'aria nella pratica: possibilità presenti e future ».

Il Duce ha destinato 800 mila lire per il completamento dei lavori di costruzione dell'Ospedale dell'isola di Veglia.

Il capo della Sanità del Reich dott. Conti ha disposto che il siero antidifterico ad alto tenore di anticorpi, difficile a preparare, debba essere riservato solo ai casi gravi.

La fabbrica « Wanderer » di macchine da scrivere a Siegman-Schönau (Germania) ha prodotto delle macchine adatte per mutilati a un arto superiore.

I quotidiani annunziano che il dott. Daneo Kuwashima, dell'Istituto di medicina tropicale presso l'Università imperiale di Taihoku, ha prodotto un efficace siero anti-cobra.

In una casa di salute di Torino sono stati tratti in arresto una ricoverata, Maria Alberelli, di 24 anni, che venne trasportata all'infermeria delle carceri, e Luigi Tobazza di 32 anni, il quale, facendosi passare per conte e d'intesa con la ricoverata, aveva perpetrato una serie di truffe rocambolesche.

Pur essendo in stato interessante Isabella Cataldi in Montione, di 35 anni, da Trani, ha dato il suo sangue per salvare uno dei suoi 6 figli.

Il Führer della sanità del Reich ha emanato un'ordinanza secondo cui le partorienti potranno essere assistite solo da levatrici diplomate, le quali abbiano seguito un corso regolare di studi in scuole statali di ostetricia ed abbiano ottenuto il riconoscimento statale.

L'Accademia viennese di perfezionamento medico ha organizzato un corso, dal 5 al 9 aprile, su « la piccola chirurgia del medico pratico ».

La direzione degli « Annali di patologia tropicale e di parassitologia » è stata assunta dal prof. Giuseppe Acanfora; la pubblicazione del periodico è stata temporaneamente sospesa per ordine del Ministero della cultura popolare, in rapporto con le attuali contingenze.

Il dott. Max von Plank di Berlino, autore della teoria dei quanta, ha tenuto, nella Società dei naturalisti di Basilea, una conferenza sul tema: « Il senso e i limiti delle scienze naturali ».

Il prof. Butenandt, direttore dell'Istituto Imperatore Guglielmo per la biochimica a Berlino, ha tenuto nella Scuola tecnica superiore di Berlino una conferenza sul tema: « Problemi e conoscenze nello studio dei virus ».

A Gallipoli, nella stessa casa e nella stessa giornata, le popolane Ottavia Barbariccia e Maria Antonacci hanno avuto due parti gemellari, dando alla luce quattro maschietti. Sono coniugate con due cugini di primo grado, gli artigiani Antonio De Blasi e Luigi Murri.

A bordo di un piroscafo statunitense ancorato nel porto di Gibilterra, tre membri dell'equipaggio si sono chiusi in una cabina per ubbriacarsi tranquillamente; esaurite le riserve di liquori, bevvero della benzina, che cagionò la loro morte.

Si è costituita a Praga una Lega degli ospedali tedeschi locali.

Si è fondato a Zurigo un Istituto per gli studi dell'Estero; esso ha per scopo un orientamento per quanto è possibile molteplice e obbiettivo sui paesi stranieri, prevalentemente quelli che presentano speciale interesse per la Svizzera.

L'Associazione medica triestina ha inaugurato l'anno accademico con un'adunanza tenuta il 5 marzo, in cui il prof. G. Sai ha tenuto una conferenza « In tema di patogenesi dell'accesso epilettico ». In una seduta del 26 marzo il prof. G. Battigalli ha trattato il tema: « La frenico-exeresi nelle alterazioni statico-funzionali del mediastino». Le due riunioni sono state presiedute dal prof. P. Gall.

È stato allestito e proiettato un documentario di guerra che prospetta l'attività e l'organizzazione della nostra Sanità militare sul fronte russo, sotto il titolo, « Dietro la trincea »; l'ottima regìa è di Vittorio Carpignano.

Il prof. Cevolotto ha riferito, al Circolo medico di Verona, su di una nevrite motoria che colpisce di preferenza il nervo popliteo, osservata in vari malati — alcuni dei quali ricoverati nell'Ospedale civile — e anche in animali domestici. La vitamina B_1, la diatermia, le cure elettriche fanno regredire la forma morbosa.

La periodicità delle riviste mediche tedesche settimanali è stata resa quindicinale (se ne pubblicano numeri doppi).

Alla Corte di Assise di Apuania si è istituito un processo contro una levatrice e un'operaia, entrambe in stato di arresto, e contro due operai, la prima accusata di pratiche abortive con esito letale e gli altri di complicità.

All'Ospedale civile di Brescia sono venute a mancare lenzuola, asciugamani e federe per cuscini, in notevole quantità. Un infermiere è stato sorpreso mentre tentava di asportare due lenzuola ed è stato tratto in arresto; lo è stato anche un ricettatore.

Il dott. ALFONSO FUSCO è spirato quasi improvvisamente, in età di 61 anni, a Romanengo di Cremona, nell'adempimento dei suoi cómpiti professionali. Il Fusco è notissimo per il libro « Eroi della medicina », da lui preparato con passione. Stava per stenderne una nuova edizione, che ora verrà curata dalla figlia, Alba, alla quale va l'espressione della nostra solidarietà nel dolore.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Ann. di Med. nav. e col., nov.-dic. — M. ARESU. Bonifica umana e profilassi antimalarica. — P. FRUGONI. Traumi cranici in guerra.

Med. Klinik, 8 genn. — A. BUDING. Puntura glandolare, metodo diagnostico. — M. JUCHUSU. Spondylarthrosis ankylopoetica. — K. KUHLMANN. Trattam. dell'osteomielite cron.

Min. Med., 15 dic. — A. ASTUNI. Terapia dei congelam.

Bull. d. Sc. Med., ott.-dic. — L. PINELLI. Area di depilaz. negli ammalati di ulcera duod. — L. SAVOIA. Ipotensione.

Rinasc. Med., 15-30 nov. — A. MILANO. Avitaminosi nelle forze armate.

Giorn. di Cl. Med., 30 dic. — G. BASSI. Patogenesi diencefalica di discinesie colecistiche a tipo di colica epatica.

Münch. Med. Woch., 15 genn. — F. HEINE. La vescica irritabile. — R. LEMPKE. Neuropatie dopo vaccinazioni.

Deut. Med. Woch., 15 genn. — RÜHL. Come aumentare la capacità di volo alto. — SCHALTENBRAND. Sclerosi multipla.

Rev. Clin. Españ., 15 dic. — M. SCHACHTER. Macrogenitosomia. — E. LOPEZ GARCIA. Trattam. del reumat. ac.

Presse Méd., 15 genn. — R. LERICHE. Spasmo arter. protratto. — R. GAUILLARD. Empirismo e terapia.

Arch. It. di Chir., genn. — A. TRIVELLINI e A. CORBELLA. Rigeneraz. ossea. — M. BATTEZZATI, S. R. I nei, tumori mal.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 13-20 dic. — L. R. GROTE. Cura dietetica ed insulinica del diabete.

Deut. Med. Woch., 22 genn. — STIEGERT. Trattamento della difterite.

Wien. Klin. Woch., 22 genn. F. FEYRTER. La malattia ipertensiva.

Deut. tropeumed. Zeit., 1 genn. — E. THONNARD-NEUMANN. La splenomegalia nel quadro della malaria cron.

Rif. Med., 2 genn. — L. TORRACA. Per migliorare la circolaz. sanguigna degli arti dopo asportaz. di aneurismi.

Med. Klinik, 29 genn. — Inchiesta sulla fecondaz. artific. — F. HOFF. Cachessia di fumatori.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME L Roma, 19 Aprile 1943-XXI Num. 16.

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER L'ANNO 1943

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 100	L. 145	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . . .	L. 155	L. 210
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . . .	L. 70	L. 80	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 155	L. 210
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile) .	L. 70	L. 80	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chir.) .	L. 200	L. 275

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 7; della PRATICA L. 5.

I numeri, che vengono tutti scrupolosamente spediti, se non reclamati entro un mese dalla loro pubblicazione, si rinviano soltanto a pagamento.

L'importo dell'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato, *senza tassa* nel Conto corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. 5.

SOMMARIO.

TECNICA MEDICA

R. ISTITUTO DI CLINICA MEDICA E TERAPIA DELL'UNIVERSITÀ DI ROMA
direttore prof. CESARE FRUGONI

A proposito della determinazione del valore globulare.

(Nota di tecnica).

Dott. MARIO TORRIOLI, aiuto e docente

Che oggi una delle questioni in primo piano nella tecnica ematologica sia ancora il valore globulare mentre altri metodi relativamente più recenti stanno dando rapidamente utili risultati, non deve meravigliare. E' sempre più lunga e laboriosa la precisazione di una tecnica nata empirica che la pratica applicazione di una tecnica impostata sin da principio su rigorose ed esatte premesse.

Nell'argomento che ci interessa, il lavoro di revisione iniziatosi da qualche anno ha urtato contro due difficoltà, anzi contro una difficoltà fondamentale che a sua volta ha creato la seconda. Interdiamo parlare della incertezza sui valori ponderali da assegnare alle numerose scale empiriche fin qui usate, incertezza che a sua volta ha impedito l'utilizzazione di molti dati esistenti in letteratura, per stabilire in modo definitivo le cifre normali dell'emoglobina ed i suoi rapporti con le cifre normali dei globuli rossi. Ora, essendo invalso l'uso di una espressione relativa del valore globulare, noi ci siamo trovati ad usare un metodo incerto nella tecnica ed i cui valori erano espressi in relazione a valori normali incerti per la metodologia usata. — Ossia la stessa incertezza incideva per ben due volte sullo stesso dato. — Non deve meravigliare quindi se il lavoro di revisione si stà dimostrando lungo e difficile.

Riconosciuta l'insufficienza dei primi metodi basati su scale esclusivamente empiriche, sarebbe stato indiscutibilmente più logico cominciare con lo stabilire o una scala ponderale od una empirica centesimale od ottantesimale (rigorosamente tarata su di un valore ponderale del 100 o dell'80) e quindi su queste premesse determinare i valori normali da prendere come base per il computo del valore globulare.

Invece la mentalità che ci eravamo fatta fin dall'inizio, in materia di valore globulare, ha spinto numerosi ricercatori a determinare quantitativamente l'emoglobina giudicata normale in regioni e per razze diverse e su quella stabilire il 100 e l'80 delle scale empiriche dei vari apparecchi messi poi in commercio. Così si sono moltiplicate le scale ed i valori relativi e la confusione è aumentata anzichè diminuire.

E così il medico pratico, vera vittima della situazione, si trova oggi per le mani o apparecchi a scala esclusivamente ponderale (e son pochissimi) che non sa rapportare alla scala empirica per il calcolo del v. g., o apparecchi a doppia scala ponderale ed empirica (centesimale o ottantesimale) in cui però il rapporto tra le due scale è diverso a seconda del tipo o della marca dell'apparecchio, o infine (e sono i più) apparecchi a scala empirica senza il minimo accenno ai relativi valori ponderali. Se si aggiunge a questo che non tutti gli emoglobinometri sono tarati allo stesso tempo di miscela di acido cloridrico e sangue, il che porta a variazioni tutt'altro che indifferenti, ci si può domandare se non abbia tutti i torti, il medico che rinunci alla determinazione della emoglobina per tornare ai vecchi metodi empirici di qualche secolo fa.

Stando così le cose mi è sembrato opportuno unirmi agli sforzi di coloro che cercano di mettere un po' di ordine nella questione.

E se anche da questi tentativi scaturiscono polemiche, ben vengano le polemiche, utilissime, se condotte con serietà scientifica, a mettere rapidamente a punto le questioni controverse.

Innanzi tutto un consiglio: Rifiutare nel modo più assoluto l'acquisto di emoglobinometri che non siano tarati con scala ponderale o con una scala empirica in cui sia chiaramente espresso il valore ponderale da attribuire al 100 o all'80. Salvo chiare indicazioni in contrario si intenda che la diluizione della miscela di sangue con H Cl debba essere fatta dopo tre minuti esatti.

Si accettino provvisoriamente i rapporti normali stabiliti dalla Società Tedesca di Medicina Interna e cioè 5 milioni di globuli rossi — 16 grammi % di emoglobina (pari al 100 e all'80 delle scale empiriche) — tenendo presente che questo è inteso come *rapporto* normale mentre già in Germania si tende ad ammettere *valori* normali armonicamente più bassi.

Noi siamo convinti che un giorno la nostra Società di Medicina interna dedicherà un po' del suo tempo ad una precisazione analoga per il nostro Paese, ma siamo anche convinti che incontrerà discrepanze di dati più notevoli che non in altre nazioni e ciò per le profonde differenze di ambiente, di tenore di vita, di altitudine, di clima, ecc. tra le nostre regioni. Comunque, in attesa, i dati tedeschi sembrano accettabili. E del resto anche se in un domani più o meno lontano si dimostrerà che essi non corrispondono ai valori normali medi della nostra popolazione, non vedo che difficoltà possa rappresentare l'ammissione che il nostro valore globulare normale sia leggermente inferiore o superiore (come dalle ricerche fino ad ora condotte sembra risultare) ad un valore *uno* convenzionale ed universalmente accettato. Se invece in avvenire risulterà più utile stabilire un VG = 1 per ogni popolazione si dovrà segnare nelle pubblicazioni la nazionalità vicino ad ogni VG; il che costringerà ad un faticoso lavoro di revisione.

Seguiamo per ora il primo sistema. Meglio partire da premesse non esattissime, ma ben definite che costruire sull'incertezza.

La tabella seguente ci darà per ogni centinaia di migliaia di emazie rispettivamente la Hb %, il grado centesimale ed il grado ottantesimale corrispondente al VG = 1.

Tabella comparativa dei valori emometrici normali (G.I.M.).

$$\text{VG } 1 = \frac{\text{Hb mmgr } 0{,}16 \text{ per mm}^3}{\text{G. R. } 5 \text{ milioni per mm}^3}$$

G. R. per mm³.	Hb mmgr. per mm³.	scala 100ale	scala 80ale
6000000	0,192	120	96
5000000	**0,16**	**100**	**80**
4000000	0,128	80	64
3000000	0,096	60	48
2000000	0,064	40	32
1000000	**0,032**	**20**	**16**
50 000	0,016	10	8

Accettate queste premesse, tutto il problema appare chiarito nella ulteriore metodologia. Abbiamo già detto che usando apparecchi non tarati su valori ponderali i dati sono assolutamente inutilizzabili. Chi si trovasse in possesso di tali apparecchi e non potesse, date le attuali circostanze, acquistarne un altro,

potrà sempre ricorrere ad un laboratorio attrezzato e farsi tarare la propria scala. Sarà possibile anche rivolgersi alla casa fabbricante citando esattamente il tipo ed il numero dell'apparecchio.

Prendiamo quindi solo in considerazione due casi. Il primo riguarda valori ottenuti con scale empiriche 80mali e 100mali in cui l'80 e il 100 corrispondono a valori di grammi 16 % di emoglobina. (Tali apparecchi, se tedeschi, vengono marcati con « G.I.M. »). (1)

In questo caso (il più semplice) non resterà che ricorrere al metodo consueto. Ponendo la proporzione:

$$\frac{R}{5 \text{ milioni}} : 1 = \frac{Hb}{100} : X$$

(in cui R = emazie contate per mm³; Hb = gradi 100mali trovati; X = VG)

avremo:

$$VG = \frac{\frac{Hb}{100}}{\frac{R}{5 \text{ milioni}}} = \frac{Hb}{\frac{R}{50.000}} = \frac{Hb}{\frac{2\,R}{100.000}}$$

Il che val quanto dire che il valore globulare si ottiene dividendo i gradi centesimali di Hb per il doppio delle due cifre dei globuli rossi contati. E fin qui nulla di nuovo.

Resta a vedere come si debba comportare la parte dei medici che non si trovano nelle condizioni suddette.

Noi consigliamo tutti questi ad abbandonare la scala empirica e di riferirsi esclusivamente ai valori ponderali. Ciò sarà facile per chi dispone di una scala ponderale completa. La semplice lettura darà i gr. di Hb %.

Chi si trovasse invece ad usare una scala 100male o 80male in cui fosse indicato solo il valore ponderale di 100 e 80 non avrà che da eseguire un calcolo elementare.

Supponendo di avere letto 60 gradi di una scala in cui il 100 equivalga a 17 gr. di Hb%, avremo:

100 : 60 = 17 : X (valore ponderale cercato)

sarà $X = \frac{60 \times 17}{100}$ e se la scala fosse 80male $X = \frac{60 \times 17}{80}$

Consigliamo di calcolare una volta per sempre una tabella di ragguaglio da usare correntemente.

Arrivati così al valore ponderale, il calcolo del V.G. diviene facilissimo. Sempre seguendo la tabella precedente noi potremo impostare la seguente proporzione (tenendo presente che VG = 1 per un milione di globuli rossi per mm³ corrisponde a mmgr. 0,032 di Hb per mm³)

$$\frac{R}{1.000000} : 1 = \frac{Hb}{0{,}032} : X$$

(in cui Hb rappresenta il valore ponderale di Hb per mm³ ed R i gl.r. contati pure in un mm³ V.G. = X).

Avremo:

$$V.G. = \frac{\frac{Hb}{0.032}}{\frac{R}{1.000.000}}$$

Il che equivale a dire che V.G. si ottiene dividendo Hb per 0,032 e dividendo il quoziente per i globuli rossi espressi in milioni.

Esempio: Hb gr. 16 % G.R.5.000.000

$$\frac{0{,}16}{0{,}032} = 5 \qquad \frac{5}{5} = 1$$

Come si vede si tratta di un calcolo estremamente facile ed è bene che i medici si famigliarizzino con questo semplice metodo oggi che i dosaggi ponderali dell'emoglobina vanno facendosi sempre più correnti.

Abbiamo parlato fino ad ora infatti esclusivamente del metodo di Sahli perchè rivolgendoci a medici pratici ci riferivamo all'apparecchio più diffuso tra quelli che non dispongono di un laboratorio attrezzato.

Ma quei laboratori che già adottano metodi quantitativi come quello di Bürker o il fotometrico di Heilmeyer o addirittura il gasometrico di V. Slyke (Greppi) si troveranno il compito facilitato dal calcolo suesposto che evita la complicazione di riportare i valori pon-

(1) Gese'lschaft fü imrere medizin.

derali alla scala empirica 100male per poi eseguire il metodo classico.

Un'ultima considerazione a proposito del valore globulare dei due sessi. Come si sa da molti autori vengono date cifre normali differenti per l'uomo e per la donna per quel che riguarda i globuli rossi e l'emoglobina normali.

E ciò sembra indubbio dalle risultanze concordi di molti ricercatori. Ma sembra anche evidente da questi dati che nella donna esiste un più basso livello e delle emazie e dell'emoglobina che però mantengono rapporti reciproci molto vicini a quelli normali per l'uomo.

Ad esempio Schulten dà le seguenti cifre normali:

Uomo Gr. 5 milioni, Hb gr. % 15,8;
Donna Gr. 4,5 milioni, Hb gr. % 14,5.

Ora gr. % 14,5 di Hb per 4,5 milioni corrispondono a gr. % 16,1 di Hb per 5 milioni. La differenza tra i due sessi sarebbe di gr. 0,3 % di Hb. (Meno di due divisioni centesimali).

Crediamo che una tale differenza rientri nei limiti di errore individuale e che quindi nella pratica quotidiana si possa, come anche Monasterio propone, abolire le inutili complicazioni dei due valori normali per i due sessi.

TERAPIA

ISTITUTO RADIOTERAPICO ITALIANO - FIRENZE

Röntgen-terapia in alcune artro- ed osteopatie.

Prof. VINCENZO PALUMBO

I disturbi articolari sia per artrite vera e propria che per para-artrite incidono fra le varie forme morbose con frequenza tale da consentirci di affermare che almeno una volta durante la vita ogni individuo ne ha sofferto. Nonostante la terapia irradiante di queste forme sia stata messa in pratica subito dopo la scoperta di Röntgen, medici e pazienti si ostinano a perseverare per lunghissimi anni nella terapia medica sia pure con scarso vantaggio ma con la ferma speranza di liberarsi un giorno del male che li affligge. Gli artritici sono infatti dei pazienti internazionali, di quelli cioè abituati a peregrinare attraverso le più quotate stazioni termali di ogni Paese anche dei più lontani, ricorrendo sistematicamente agli esperti reumatologici, attingendo bevande a tutte le fonti, immergendosi in tutte le acque più o meno miracolose, passando religiosamente il periodo delle fangature, delle stufe, delle sabbiature etc. etc. Ed è veramente doloroso il rimarcare come una percentuale minima ricorra alla terapia irradiante che dalle lunghezze d'onda più lunghe alle più brevi offre un intervento curativo con risultato sempre buono, spesso ottimo e definitivo.

Si può dire che tutte le articolazioni possono essere sede di processo flogistico e con sintomatologia varia oltre che per le alterazioni d'ordine locale per la peculiare sensibilità dei pazienti sofferenti di artritismo.

La spalla costituisce una delle sedi più frequenti segue la colonna vertebrale con le sue localizzazioni dorso-lombare e cervicale, la localizzazione sacro-iliaca, e in ultimo in ordine di frequenza le artriti del ginocchio e del piede.

Fra le localizzazioni extra articolari vanno annoverate la borsite (particolarmente la sotto-deltoidea), il torcicollo, la lombaggine e le nevralgie in genere susseguenti a flogosi delle radici nervose (radicoliti).

L'esame radiologico è particolarmente interessante in questi casi oltre che per la conferma diagnostica dell'artropatia, per l'accertamento degli speciali caratteri della medesima: calcificazione delle borse tendinee, deposito di sali calcarei dentro o fuori le articolazioni, erosione delle superfici articolari. Esso è pure utile

sia durante che a fine della cura potendosi così osservare in casi particolarmente favorevoli l'e-

FIG. 1.

FIG. 2.

voluzione della distrofia ossea sotto l'azione dei raggi.

*

L'effetto terapeutico è naturalmente in relazione allo stato più o meno acuto o cronico ad-

FIG. 3.

dirittura dell'artropatia: quanto più recente è la data di inizio della forma morbosa tanto più presto è da sperare nel risultato terapeutico desiderato.

Comunque l'irradiazione Röntgen non può essere mai dannosa: essa può apportare o un miglioramento o la guarigione.

I casi che non hanno risentito vantaggio

FIG. 4.

dalla termoterapia anche se praticata mediante O.C. risentono immediatamente l'azione benefica delle irradiazioni R.A. Forme talvolta inoltrate da diecine d'anni possono risolversi con 2-3 irradiazioni opportunamente distanzia-

te. Così come forme acute del tipo *herpes zoster* risentono immediatamente l'azione analgesica delle irradiazioni anche allorchè sono falliti tutti gli altri tentativi di terapia medica.

Naturalmente anche l'effetto analgesico è in rapporto diretto con la data d'inizio della malattia: ma anche nelle forme più inveterate (e fra queste è da includersi il reumatismo deformante) si può sempre promettere un buon risultato della cura.

La reazione in genere non è molto marcata: ma in relazione alle condizioni generali dei pazienti può essere causa di qualche disturbo transitorio (accentuazione del dolore in un primo tempo, senso di malessere, raramente ipertermìa).

Spigolando nell'archivio dell'Istituto due casi sono particolarmente interessanti, un morbo di Paget e una spondilosi rizomelica:

Fig. 5.

Il primo riguarda certo A. C. di Manchester (Inghilterra) di anni 40 coniugato con prole. Il paziente accusava dolori fortissimi al bacino e lungo lo sciatico di sinistra specialmente durante la notte: la deambulazione era difficilissima anche con l'aiuto del bastone; impossibile il montare le scale.

L'esame radiografico dello scheletro dimostrava: al 3° inferiore del femore sinistro (Fig. 1-2) ingrandimento omogeneo del femore con aumento della densità dell'osso: i contorni di questo appaiono irregolari e fioccosi, la trabecolatura è del tipo a larghe maglie.

Emibacino di sinistra: (Fig. 3) ad esclusione della parte più mediale delle branche inschiopubiche, si rileva un aumento della densità della struttura dell'ileo, la cui trabecolatura apparisce orientata in maniera grossolana e diversa del normale, a larghe maglie e con alternanze di ipostosi ed iperostosi. Questa alterazione tende a decampare oltre la sincondrosi sacroiliaca e ad interessare anche il sacro.

Colonna vertebrale: (Fig. 4) segnatamente a carico del segmento lombare si osserva un'alterazione della morfologia dei corpi vertebrali (particolarmente gli ultimi tre) che sono alquanto slargati con riduzione del diametro verticale (plati-dolicospondilia). Nel segmento dorsale le alterazioni sono meno tipiche ma le trabecole hanno un aspetto cotonoso ed a larghe maglie.

Cranio: (Fig. 5-6) dimostra pneumatosi di medio grado del seno frontale, ispessimento finemente poroso della diploe. L'endocranio apparisce ovattato nella metà anteriore e per il discontinuo contenuto di calcio assume un aspetto a pietra pomice. Evidenti appaiono i solchi venosi durali.

D. R. L'esame radiologico dello scheletro permette di concludere per una forma di Paget diffusa diversamente ed irregolarmente evoluta nei vari segmenti: femore, bacino, colonna vertebrale e cranio.

FIG. 6.

La cura è stata praticata mediante una serie di irradiazioni Röntgen dal 16-5 al 28-5 del '35 sia direttamente sulle localizzazioni del Paget che sulle catene gangliari simpatiche para-vertebrali, al termine delle quali ogni sofferenza era cessata: il paziente poteva dormire senza ipnotici, montare le scale, asserendo di sentirsi in pieno benessere.

Tecnica dell'irradiazione: Distanza F. pelle 41 cm. KV 170 M-A 4 Filtro 0,7 Cu e 1 All. Dose totale r 5700.

Il paziente ritornò in Istituto il 14-51937 (dopo due anni) in condizioni generali eccellenti. Il reperto radiografico sia del bacino che del femore dimostrava maggiore compattezza del tessuto osseo in corrispondenza delle zone in-

vase dal processo morboso. Accusando dal gennaio qualche dolore, venne sottoposto ad un secondo ciclo di irradiazioni Röntgen con la stessa tecnica del precedente.

Nell'ottobre dello stesso anno il paziente ritornò ancora in Istituto in condizioni generali soddisfacenti: la glicosuria della quale era affetto era scomparsa. Accusava dolore alla sincondrosi sacro-iliaca di sinistra: all'esame radiografico mentre le parti scheletriche già colpite si erano fatte ulteriormente più compatte, si notava una notevole decalcificazione e rarefazione della 3ª vertebra lombare.

Venne praticato un terzo ciclo di irradiazioni Röntgen e contemporaneamente di irradiazioni U.V. generali con lampada a carboni (sistema Finsen).

Un nuovo controllo radiologico praticato nel dicembre successivo dimostrava che la ricalcificazione era ulteriormente progredita.

Nel maggio 1938 fortissimi dolori alle regioni alte del torace. Un esame radiologico completo di tutto lo scheletro non dimostrava nuove localizzazioni: le già esistenti avevano un aspetto pressochè immodificato. Venne iniziato un quarto ciclo di irradiazioni Röntgen al termine del quale *ogni dolore era scomparso.*

Ritornato il paziente nel giugno dello stesso anno in pieno benessere al controllo radiologico era possibile discernere nuovi segni di miglioramento di tutte le sedi trattate. Assenza di ogni dolore. Ottime le condizioni generali.

In data 28-2-1940 la moglie del paziente ci scriveva da Manchester che il marito era notevolmente migliorato durante i *due anni successivi* alla fine della cura tanto da poter deambulare benissimo e attendere ai suoi affari.

I commenti al caso sono superflui: la storia di questo paziente dimostra quanto si può ottenere con la terapia irradiante radio-attiva in

FIG. 7.

FIG. 8.

forme di Paget delle ossa anche delle più gravi ed estese.

In un altro caso di spondilosi rizomelica il risultato della Röntgen Terapia è stato addirittura sorprendente, superiore ad ogni legittima aspettativa.

Si tratta di un soggetto di anni 27 presentatosi in Istituto nel febbraio 1941. Completamente irrigidito nella colonna vertebrale specialmente nel tratto cervicale, deambulava difficilmente e pianissimo sorreggendosi al bastone: impossibile il sollevamento delle braccia anche per pettinarsi: occorreva deporlo delicatamente e levarlo dal letto. Accusava forti dolori specialmente al collo e all'anca destra.

Reazione di Wassermann, negativa. Esame delle urine, negative. L'esame radiografico dello scheletro dimostrava:

Colonna vertebrale. Segmento cervicale: (Fig. 7) alterazione dei corpo vertebrali segnatamente 5° e 8° che appaiono deformati per proliferazioni esostotiche che partono dai margini dei corpi ver-

tebrali i quali sono irregolari tanto nel contorno anteriore quanto lateralmente.

Colonna dorsale: (Fig. 8) due bande ossee longitudinali rappresentano la serie destra e sinistra dei processi articolari sinostosati. Particolarmente evidente questo aspetto è nella proiezione obliqua (Fig. 9). Nel tratto lombare è invece bene visibile nella proiezione sagittale. I corpi vertebrali sono conservati ma osteoporotici.

Bacino: (Fig. 10), su tutto il contorno delle ossa del bacino ma particolarmente alle ali dell'ileo e branche ischio-pubiche si rilevano proliferazioni a tipo esofitico che conferiscono ai margini un aspetto fioccoso ed irregolare. Il tetto del cotile appare d'ambo i lati ispessito.

FIG. 9.

La testa del femore destro è ruotata all'interno per un processo di lussazione e rotazione interna della testa stessa.

Anche le sincondrosi sacroiliache appaiono in parte obliterate e ristrette.

Da allora la terapia è stata condotta in massima parte con irradiazioni Röntgen sia direttamente sulle regioni dolorose che sulle catene gangliari simpatiche para-vertebrali. In tutto sono stati praticati quattro cicli di cura con la seguente tecnica: Distanza F. pelle 40 cm. KV. 170 - M-A 4, Filtro 1 Cu - 0,5 All. In totale sono stati somministrati 24.000 R. intern.

Oltre a ciò nel primo periodo è stata praticata anche una irradiazione Radium sul collo a distanza con somministrazione di Mcd. 80 pari a Mgr. 10.665.

È stato anche saltuariamente sottoposto ad irradiazioni U.V. generali con lampade a carboni e Marconiterapia.

Oggi il paziente è in grado di poter deambulare anche senza bastone, di accudire a tutte le sue mansioni senza aiuto, è aumentato di pesi di Kg. 10 e tranne una certa rigidità rimasta in corrispondenza dell'articolazione coxfemorale di destra asserisce di trovarsi in perfetto benessere.

Ho citato tra i tanti curati questi due casi rispondenti a due tipi patologici diversi ma con alterazioni gravi entrambi, sottoposti a svariate cure in Cliniche specializzate (come specialmente il secondo) senza vantaggio, e migliorati talmente con le irradiazioni Röntgen da poter ritornare alle loro ordinarie occupazioni e partecipare a tutte le mansioni della vita sociale.

Caratteristica principale degli artritici è la loro ipersensibilità spinta talora fino al parossismo: essi sono da considerare dei neuro-labili

FIG. 10.

ed è il sistema vegetativo che va curato anzitutto e sopratutto. La terapia irradiante può essere favorevolmente sfruttata con tutte le onde dalle più lunghe alle più corte sia per l'effetto diretto sulle manifestazioni morbose che per l'azione indiretta attraverso il miglioramento delle condizioni generali: in molte calcioprive risponde infatti molto bene l'azione combinata del calcio e dei raggi U.V. senza i quali ben modesto sarebbe il suo assorbimento nel sangue circolante. La tecnica terapeutica da noi adottata consente appunto di sfruttare l'azione equilibratrice delle irradiazioni R A su quei centri simpatici che presidiano la patologia del dolore determinandone la scomparsa talora immediata in seguito alle prime irradiazioni.

Alludendo alla molteplicità delle irradiazioni da sfruttare nella cura di queste forme artropatiche vanno incluse anche le irradiazioni X del Radium mediante le svariate applicazioni per bagno, bevanda, fanghi e unguento R A da praticare presso centri di Radium-Emano-

Terapia del genere di quello esistente in Italia presso le RR. Terme di Montecatini e con successi terapeutici che hanno talora addirittura del miracoloso.

Questa breve nota potrà attirare — spero — l'attenzione dei Medici sulla importanza che riveste la terapia irradiante in alcune artro ed osteopatie nelle quali può essere considerata addirittura come *terapia di elezione.*

RIASSUNTO

L'A. dimostra alla luce della propria esperienza quanto è possibile ottenere in via terapeutica dall'irradiazione Röntgen in alcune forme di artro- ed osteo-patie anche delle più tipicamente croniche e giudicate ormai fuori di ogni presidio curativo.

SCIENZA E RELIGIONE

L'interpretazione medica di alcuni episodi della passione e della morte di Gesù Cristo.

Prof. FRANCESCO GIUGNI

Molteplici e svariate interpretazioni di natura medica, concernenti episodi della vita di Gesù, e in particolare della passione e della sua morte, interessarono gli studiosi fin dai primordi del Cristianesimo, dando luogo ad ampie discussioni riguardanti in ispecie i limiti della fisiologia e della patologia umana col soprannaturale.

Nella « *Vita di Gesù Cristo* », un volume edito in questi anni di guerra, con l'encomio solenne dell'Accademia d'Italia, il sacerdote italiano GIUSEPPE RICCIOTTI, già cappellano degli Arditi, docente di lingue orientali nell'Università di Roma, ha espresso per alcuni di questi episodi delle interpretazioni che per la loro originalità e per la rara competenza dell'Autore meritano di essere segnalate e discusse in un periodico di Medicina.

Non pochi episodi della vita di Gesù hanno attinenza con la Medicina, e riguardano alcuni miracoli da lui operati: il risanamento della donna dal profluvio di sangue, dell'indemoniato epilettico, della donna rattrappita e dell'uomo idropico, del paralitico di Bezetha, la guarigione della suocera di Pietro, la resurrezione di Lazzaro dalla tomba quatriduana ecc.; e la loro descrizione risulta particolarmente interessante per noi medici nel vangelo di San Luca, l'evangelista ritenuto medico, non solo per la qualifica di « *caro medico* » in una lettera del suo maestro San Paolo, ma anche per un certo acume clinico nell'esposizione dei dati, e per la stessa terminologia medica che in alcuni punti del terzo vangelo ha riscontri negli scritti di Ippocrate, di Galeno, e specialmente di Dioscuride.

Ma più degli episodi miracolósi che presuppongono una virtù soprannaturale, interessanti per l'interpretazione medica appaiono quelli che riguardano l'umanità di Cristo, la sua passione e la morte, in particolar modo il sudore di sangue nell'orto di Gethsemani, la flagellazione e l'incoronazione di spine, l'inchiodamento e l'elevazione sulla croce, il meccanismo per cui avvenne la morte per crocifissione, la ferita del costato, donde uscì, come riferisce il vangelo di Giovanni, « *sanguis et aqua* ».

Narrano concordemente i vangeli che la notte dal Giovedì al Venerdì, dopo l'ultima cena Gesù uscì coi discepoli di là dal torrente del Cedron, ove era un giardino chiamato Gethsemani, che in aramaico significa « torchio di olio », e presuppone perciò la presenza di un uliveto. Il giardino era un luogo conosciuto dalla comitiva perchè colà spesso Gesù si era raccolto coi suoi discepoli, ed il Ricciotti avanza l'ipotesi che appartenesse allo stesso proprietario del cenacolo dove era avvenuta l'ultima cena, cioè a Marco, l'autore del secondo vangelo, allora adolescente. Nella casa della madre di Marco a Gerusalemme si adunarono infatti i primi cristiani; vi trovò rifugio Simone Pietro liberato dal carcere, e in Marco si è creduto identificare da moderni studiosi quel giovinetto misterioso che coperto della sola sindone seguì Gesù arrestato in quella notte, e acciuffato dai soldati abbandonò nelle loro mani la sindone, fuggendo ignudo. Il suggestivo episodio è commentato anche da Gabriele D'Annunzio nella « Contemplazione della morte ».

Giunti nel giardino nella notte lunare Gesù discostatosi dai discepoli condusse con sè verso il luogo ove voleva pregare i soli Pietro, Giacomo e Giovanni, « *ed anche da essi si staccò quanto un lancio di sasso, e cadde sul suo volto pregando* ».

Il medico Luca, solo tra i quattro evangelisti, riferisce un particolare di quell'ultima notte: « *E fatto in agonia più intensamente pregava. E divenne il sudore di lui quasi globuli di sangue scendenti giù sulla terra* ».

Come deve interpretarsi tale « sudore sanguigno » in rapporto a questa agonia di Gesù? Può venir considerato un fenomeno fisiologico?

Col termine « *agonia* » è generalmente indicato quel periodo precedente la morte, in

cui l'organismo è impegnato con le residue forze vitali nella lotta suprema con la morte imminente. Nell'agoria del moribondo, dell'organismo ormai esausto in questa lotta, è caratteristico il sudore freddo, il così detto « *sudore della morte* », che si associa ad anemia e a fatti ischemici della cute. « *Agonia* » era invece per i Greci lo sforzo supremo del corpo e dello spirito che il lottatore portava nell'« *agone* », dentro la palestra o nel circo per conquistare la vittoria. Il detto « *sudar sangue* » è rimasto a significare il massimo sforzo di carattere psico-fisico che un organismo valido e forte porta con ansiosa tenacia ad ottenere un dato fine. Questo sudore sanguigno o « *ematidrosi* », che era noto anche agli antichi, ed è descritto da Aristotile nella sua « *Historia animalium* », è dovuto alla diapedesi degli eritrociti attraverso i capillari sanguigni per un forte e subitaneo aumento della tensione endovascolare conseguente a uno stato di angoscia e di fortissima trepidazione.

Questo passaggio di globuli sanguigni attraverso i capillari non presuppone quindi necessarie alterazioni patologiche del centro cardiaco propulsore, o dei vasi della periferia, nè squilibri della idraulica circolatoria che porterebbero a stasi periferica o del piccolo circolo, con consecutivi edemi o trasudamenti sierosi, ma invece una validità e una resistenza omogenea di tutto l'apparato cardio-vascolare, che sotto lo stimolo violento psico-nervoso aumenta rapidamente la sua tensione fino a spremere nel massimo sforzo dai capillari gli elementi corpuscolati del sangue in alcune zone del circolo periferico.

Quali rapporti ha questa diapedesi sanguigna con la sudorazione, cioè con la secrezione delle ghiandole sudoripare cutanee?

È noto che la secrezione di queste ghiandole subisce l'influenza diretta di nervi secretori che sono indipendenti dai nervi vasomotori, e che quindi la secrezione sudorale è in certo qual modo indipendente dalla pressione sanguigna e dalla stessa circolazione. Ma come per speciali condizioni interne, quali stati psichici improvvisi e violenti, può aumentare la sudorazione, si può avere contemporaneamente, a seconda della reazione dell'organismo, o dilatazione dei vasi cutanei (rossore), o contrazione di detti vasi (pallore).

È supponibile quindi che questi stati di subitanea e violenta angoscia di origine psichica possano determinare non soltanto un'azione secretoria delle ghiandole sudoripare, ma anche la contemporanea diapedesi di eritrociti dai capillari delle stesse ghiandole, sottoposti all'improvviso aumento di tensione. Il fenomeno si manifesterebbe con maggiore evidenza nelle zone cutanee più ricche di ghiandole sudoripare, quali la fronte e il volto.

Nei riguardi di Gesù, giovane d'anni, fisicamente sano e prestante, e secondo le più attendibili tradizioni bellissimo d'aspetto, non è supponibile che il sudore sanguigno fosse secondario a pregresse condizioni patologiche, costituzionali o acquisite, ma bensì dovuto all'angoscia della sua anima, « *tristissima fino alla morte* », in quell'ora suprema della sua passione.

Il solo Luca ha riportato nel suo vangelo questa notizia, che non si trova negli altri due sinottici nè in quello di Giovanni, descrivendo con terminologia medica il sudore « *quasi globuli di sangue scendenti giù sulla terra* ». Tale verismo riguardante un fenomeno eccezionale portò durante i primi secoli alla soppressione dell'episodio in alcuni codici anche importanti del terzo vangelo, forse perchè non ritenuto autentico, ma più probabilmente, secondo il Ricciotti, nel timore che in tempi di violenti attacchi contro il Cristianesimo rappresentasse un incentivo ai suoi detrattori. In seguito però le molteplici testimonianze di autori e di codici non hanno messo più in dubbio la sua autenticità.

***

Che la persona fisica di Gesù Cristo, sui trenta anni di età, cioè all'inizio della sua vita pubblica, fosse normale dal punto di vista fisiologico, in perfetta validità e piena resistenza, lo provano i tre successivi anni della sua prodigiosa attività, con le lunghe peregrinazioni, l'intensa predicazione, i disagi di ogni genere, i protratti digiuni, ma più ancora lo testimoniano i giorni della sua passione per la resistenza agli stati d'angoscia, alle vicende del suo processo davanti al Sinedrio e a Pilato, agli oltraggi, agli scherni, alla terribile flagellazione, al coronamento di spine, al trasporto della croce lungo la via del Golgota.

La sua morte avvenuta circa tre ore dopo l'innalzamento sulla croce, in un tempo assai inferiore a quello di altri individui crocifissi con identiche modalità, si può ritenere accelerata dal cumulo di queste sofferenze fisiche e morali che avevano ormai esaurite le sue resistenze. A lui infatti venne risparmiato il *crurifragio Romano* che consisteva nello spezzare a colpi di clava i femori dei crocifissi per affrettarne la morte. Narra in proposito il vangelo di Giovanni che mentre i soldati inviati da Pilato presso i tre crocifissi sul Calvario spezzarono le gambe dei due ladroni ancora vivi sulle due croci laterali a quella di Gesù,

« quando lo videro già morto non gli spezzarono le gambe, ma uno dei soldati con la lancia gli ferì il costato, ed uscì subito sangue ed acqua ».

Alcuni particolari della crocifissione di Gesù Cristo hanno portato il Ricciotti ad analisi critiche e a considerazioni, sotto alcuni aspetti, nuove e originali.

Nel cammino dal pretorio di Pilato nella torre Antonia fino al Calvario, Gesù fu caricato non già dell'intera croce, come l'iconografia cristiana lo ha rappresentato nella « *via crucis* », ma soltanto del palo trasversale, del così detto « *patibulum* », mentre il palo verticale, chiamato « *staticulum* » era già stato piantato in terra sul Calvario. Quivi giunto e spogliato delle vesti, Gesù fu disteso a terra, ed allargategli le braccia gli furono inchiodate le mani sul palo che aveva portato. Quindi su quello verticale già eretto venne innalzato e fissato il trasversale con appeso il corpo, che fu collocato a cavalcioni su un sostegno o sedile posto a una data altezza del palo verticale, allo scopo di sostenere il tronco. In ultimo gli furono inchiodati ambedue i piedi.

Questo curioso particolare, dell'esistenza di un sostegno alla regione perineale nella croce di Gesù Cristo, non mai apparso nell'iconografia cristiana, è ritenuto dal Ricciotti un elemento necessario per reggere il corpo, dato che il peso gravante sulle mani trafitte le avrebbe lacerate, mentre i chiodi che fissavano i piedi sul palo verticale, anche con l'esistenza di un « *suppedaneum* », raffigurato da molti artisti cristiani, non sarebbero bastati ad evitare tale lacerazione.

Si può convenire sulla scarsa efficacia di questo « *suppedaneum* » quale sostegno a un crocifisso, per quanto la fissazione dei piedi, determinante una flessione ad angolo delle gambe sulle cosce, e in senso opposto di queste sul tronco, porti un arresto alla spinta del corpo procidente; ma non sembra invece un elemento assolutamente necessario questa sella perineale ad impedire lo strappamento delle mani trafitte.

Se da 19 secoli l'arte cristiana attraverso la pittura e la scultura ci ha mostrato Gesù pendente dalla croce nel verismo più tragico, cioè col corpo abbandonato, gravante interamente sulle braccia tese e sulle mani fissate dai chiodi alle estremità laterali, la concezione di un sostegno perineale sviserebbe l'immagine del Crocifisso, specie per quanto riguarda la posizione del tronco e particolarmente quella degli arti inferiori.

Fu dimostrato con esperienze sul cadavere come il corpo di un crocifisso può essere sostenuto da robusti chiodi quadrati infissi, non tra i metatarsi, ma alla base delle regioni palmari tra i ligamenti delle ossa del tarso. I rilievi fatti sulla Santa Sindone porterebbero anzi ad ammettere che i chiodi furono applicati ai polsi, negli spazi interossei; fatto contrastante anche questo con l'iconografia, che ha un indiscutibile valore di documentazione storica.

Ma contro l'esistenza di questo sostegno perineale nella croce di Gesù stà l'accennata precocità con cui avvenne la morte, dopo sole tre ore dall'innalzamento sulla croce, fatto che sorprese Pilato stesso il quale, come si è detto, aveva inviato i soldati per eseguire il crurifragio, perchè tale sostegno avrebbe certamente favorito una più lunga sopravvivenza, anche ammettendo la ricordata influenza delle pregresse sofferenze fisiche e morali. E a tale supposizione contrasta anche la fuoriuscita del sangue e dell'acqua dal costato ferito dalla lancia di Longino, subito dopo avvenuta la morte.

Sull'esattezza e la veridicità di questo fenomeno ha insistito l'evangelista che alla descrizione aggiunge subito queste parole: *« E chi vide lo ha attestato, ed è vera la sua testimonianza. Ed egli sa che dice il vero »*. L'apostolo che Gesù amava, testimonio oculare della crocifissione e della sua morte, ha sentito il bisogno di ribadire ciò che videro i suoi occhi; che dalla ferita uscirono subito, prima sangue, poi acqua.

Questa constatazione così precisa ha dato luogo a molteplici studi e a diversissime interpretazioni.

Anzitutto quale fu il lato del torace colpito dalla lancia di Longino? Benchè il vangelo non lo precisi, la tradizione e l'iconografia cristiana hanno designato il lato destro. Il colpo di lancia inferto dal basso all'alto, dal soldato ai piedi della croce, dovè penetrare in uno degli spazi intercostali resi più ampi dal forzato atteggiamento inspiratorio della gabbia toracica, circa sulla linea emiclaveare, e l'apertura, sempre per attestazione dell'apostolo, fu larga, un vero squarcio. L'estremità della lancia introdotta a piatto nello spazio intercostale avrà perforato la pleura, il polmone, e, se spinta più in alto, anche il pericardio verso la base del cuore, data la direzione e le circostanze con cui il colpo fu vibrato. Ma il grado di penetrazione in profondità di questa ferita si può indurre dalla vigile ed esatta parola dell'evangelista che nel testo greco ha scritto « *punse* », e San Girolamo ha tradotto « *aperuit* ». Non è pertanto attendibile che la lancia penetrasse tanto profonda-

mente fino a raggiungere la base del cuore e i grossi vasi, e tanto meno a trapassare da parte a parte il torace, come è riferito da un vangelo apocrifo.

Se la ferita fu dunque superficiale e limitata all'apertura della parete toracica destra donde provennero il sangue e l'acqua?

I più antichi scrittori che si occuparono della questione supposero che la larcia di Longino fosse penetrata nel pericardio contenente una piccola quantità di liquido acquoso. Alcuni fisiologi inglesi, seguìti da qualche autore italiano, avanzarono l'ipotesi che durante l'agonia si fosse prodotta una rottura del cuore con una conseguente emorragia pericardica che aveva dato luogo a sedimentazione del siero. Il colpo di lancia avrebbe provocato la fuoriuscita del liquido sieroso chiaro, unitamente a quello sanguigno.

A questa ipotesi, insostenibile anzitutto per l'assoluta rarità della rottura spontanea del cuore, specie in un soggetto giovane, immune da tare morbose, seguì un'altra condivisa da un maggior numero di autori, che Gesù fosse affetto da pleurite essudativa, preesistente ai giorni della sua passione, ed accentuatasi per le sofferenze a cui fu sottoposto. La supposizione che il liquido acquoso uscito dal costato ferito provenisse dalla cavità pleurica è certamente la più attendibile, ma non si può ammettere che prima della crocifissione Gesù fosse affetto da pleurite essudativa, perchè nessuna impronta costituzionale o predisposizione a forme tubercolari appare in lui dalla tradizione evangelica, chè anzi, come fu accennato, dalla intensa attività nei tre anni della sua vita pubblica è documentata la sanità e la piena sua resistenza fisica. Non sarebbe poi concepibile che un pleuritico avesse potuto resistere alle vicende degli ultimi giorni, alla tremenda flagellazione e al trasporto della croce lungo la via del Golgota.

In una pregevole monografia (*Rinascenza Medica*, 1930) FRANCESCO LACAVA ha trattato la delicata questione con fine intuito critico. Egli pensa che il liquido acquoso abbia avuto origine e sede nella cavità pleurica, ma escludendo per le ragioni sovraesposte la natura essudativa di questo liquido lo ritiene un trasudato, cioè un idrotorace, della cui formazione dà un'attendibile interpretazione, basata sull'analisi e lo studio del meccanismo della morte per crocifissione.

Un corpo umano appeso alla croce grava in massima parte sulle mani infisse ai lati estremi, potendo l'inchiodamento dei piedi, come si è accennato, costituire soltanto un attenuante alla spinta del corpo procidente. Come prima conseguenza si ha uno stiramento dei muscoli della parete toracica superiore con sollevamento delle costole e allargamento degli spazi intercostali, e la gabbia toracica assume un ampliamento come nello stato di forzata inspirazione. Per questa immobilizzazione del torace, al corpo innalzato sulla croce vengono sottratti rapidamente i movimenti della respirazione toracica, restando parzialmente attivi quelli del diaframma, molto meno efficaci per la ventilazione polmonare. Questo stato di forzata e permanente inspirazione ha come immediato effetto una progressiva insufficiente ossigenazione dell'aria inspirata, che, per la mancata espirazione, ristagna negli alveoli determinando una asfissia o carbossiemia. Non meno gravi e rapide in questo forzato atteggiamento sono le alterazioni che prontamente si instaurano nella meccanica circolatoria. Il reflusso del sangue venoso entro le grosse vene intratoraciche e nelle orecchiette, facilitato ordinariamente dalla pressione negativa endotoracica, unitamente alla distensione dei polmoni, viene ad essere ostacolato, e ne consegue una replezione dei vasi venosi e degli atrii, mentre per mancanza dello stimolo espiratorio si ha una deficiente forza di scarico attraverso i ventricoli e il sistema arterioso. Questa replezione sanguigna endotoracica è aumentata ancora dalla ischemia degli arti superiori per la forzata loro elevazione. La progressiva congestione e la stasi del sangue nei vasi venosi intratoracici porta di riflesso un progressivo affaticamento del miocardio che esaurisce ben presto la sua validità, non tanto per lo sforzo a cui è sottoposto, quanto per la intossicazione carbonica delle sue fibre, conseguente alla difettosa ossigenazione del sangue.

Si può concludere quindi che il movente vero e definitivo della morte di Gesù fu dovuto non già alla supposta rottura del cuore, o all'infezione delle ferite prodotte dalla flagellazione, o dalla coronazione di spine, o dalla infissione dei chiodi, nè alla ipotetica pleurite, ma in conseguenza della carbossiemia e della adinamia cardiaca per l'alterato meccanismo respiratorio e circolatorio dovuto al forzato atteggiamento inspiratorio del torace nella crocifissione.

Se in base ad osservazioni e studi sull'argomento si è concluso che la morte in individui così crocifissi avviene in media dopo 12 ore, in Gesù Cristo tale periodo potè essere abbreviato, come si è detto, dalle inaudite torture fisiche e morali a cui venne sottoposto prima dell'estremo supplizio.

L'esistenza sulla croce di un sostegno del tronco, fissato sotto il perineo, avrebbe atte-

nuato queste alterazioni nel meccanismo degli organi respiratorio e circolatorio, prolungando probabilmente di qualche ora la sua agonia.

Da questo complesso di dati che illumina il meccanismo della morte per crocifissione si può interpretare anche il fenomeno che impressionò l'evangelista; l'uscita di sangue ed acqua dalla ferita del costato.

È attendibile infatti l'ipotesi emessa dal Lacava che il liquido sieroso raccolto nella cavità pleurica fosse un trasudato, dovuto alla replezione e alla stasi venosa per l'ostacolato scarico delle vene negli atrii del cuore. Come può aversi l'edema polmonare per un ostacolato circolo degli alveoli, per identico meccanismo può determinarsi un idrotorace nella cavità pleurale. La rapidità con cui si sarebbe formato questo idrotorace, nello spazio di poche ore, mentre il suo riscontro in casi di cardiopatie presume una lenta formazione, è spiegato dalle circostanze della crocifissione, per il rapido verificarsi dello squilibrio nell'idraulica circolatoria, che dopo una prima fase di ipersistolia tendente a vincere l'ostacolo avrà portato ben presto ad un affievolimento della forza contrattile del miocardio. Il trasudato potè in quelle circostanze formarsi rapidamente, ed anche se non abbondante, fuoriuscire visibilmente dall'apertura del costato prodotta dalla lancia di Longino.

Ma perchè uscì prima sangue, poi acqua?

Se la lancia avesse raggiunto il pericardio e i grossi vasi della base del cuore, la fuoriuscita del sangue avrebbe evidentemente seguìto, non preceduto quella del liquido acquoso.

Con acuta disamina di carattere anatomo-fisiologico sul circolo venoso intercostale, il Lacava suppone che la lancia entrata in uno spazio intercostale del torace destro, al suo terzo anteriore, dove il fascio vascolo-nervoso dal bordo costale passa ad occupare la parte mediana dello spazio, abbia leso la vena turgida di sangue per l'ostacolato suo deflusso nella grande azygos. Che queste vene intercostali possano subire in tali circostanze dilatazioni notevoli e contenere sangue in quantità tale da provocare vistose emorragie, è noto nella letteratura medica. Il fiotto di sangue venoso che primo ne uscì fu seguito dal trasudato acquoso chiaro, raccoltosi nella cavità pleurica. Come esattamente riferì l'Evangelista; uscì sangue ed acqua.

*
* *

L'interpretazione di questi momenti della passione e della morte di Gesù Cristo, sotto gli aspetti brevemente e sinteticamente accennati, rivela una precisa, mirabile concatenazione di dati che si intonano perfettamente alla sua umanità.

Se durante la sua vita terrena emanarono da lui forze soprannaturali e una potenza divina espressa nei prodigi e nei miracoli da lui operati, la sua persona fisica si modellò esattamente alla anatomia e alla fisiologia di un organismo umano.

La sua vita, l'intensa operosità, le sofferenze morali e fisiche, e la sua morte obbedirono alle leggi umane di un organismo normalmente sviluppato e fisiologicamente costituito.

In lui non si verificarono fatti patologici, nel senso di vere e proprie manifestazioni morbose, o reazioni abnormi, o deficit organici.

La sua passione iniziò con un fenomeno, il sudore di sangue nell'orto di Gethsemani, che rappresenta uno dei più alti gradi di reazione fisiologica di un organismo valido e forte all'angoscia della sua anima. In quella intensa tensione nervosa il suo sistema circolatorio spremette dalla fronte col sudore *« globuli di sangue »*.

La sua morte, decretata dal Sinedrio del popolo ebraico, avvenne in seguito alle conseguenze immediate e dirette dell' alterato equilibrio meccanico-funzionale degli apparati respiratorio e circolatorio, causato da uno dei più crudeli supplizi, la crocifissione.

Il colpo di lancia inferto dal soldato Longino rappresentò il controllo necroscopico. Dal costato ferito uscirono sangue ed acqua, a testimoniare e rivelare il meccanismo con cui era avvenuta la morte del suo corpo umano.

*
* *

È significativo che una ripresa di studi di esegesi evangelica coincida oggi con una conflagrazione mondiale così vasta, che non ha raffronti nella storia.

Il libro del Ricciotti, concepito in circostanze straordinarie, durante l'altra guerra, quando il valoroso cappellano degli Arditi giaceva ferito in un Ospedaletto da campo, con accanto al capezzale il vangelo macchiato di sangue, ha avuto una straordinaria diffusione e numerose edizioni durante la guerra attuale.

Nel frontespizio del magnifico volume una fotografia del lago di Tiberiade nei pressi di Magdala, sembra additare nel significato simbolico la via della salvezza all'umanità che ormai da anni sanguina nell'immensa lotta.

Sotto una palma, sulla riva deserta, una candida barca è pronta a scendere sulle pacifiche acque del lago,... e par che attenda il celeste nocchiero.

Rimini - *Pasqua del 1943.*

SUNTI E RASSEGNE

ALLERGIA.

Le allergopatie professionali.

(P. CIRLA. *I quaderni dell'allergia*, N. 5-6 settembre-dicembre 1942).

Il concetto di allergia si è esteso notevolmente in questi ultimi anni e comprende oggi tutte le manifestazioni allergiche anche in assenza di una precedente sensibilizzazione. Così si è venuto formando il grande capitolo delle allergosi.

Le malattie allergiche sono caratterizzate dall'attitudine congenita o acquisita di reagire all'introduzione di allergeni, cioè di sostanze innocue per la grande maggioranza delle persone.

Al concetto di allergia si sono aggiunti recentemente quelli di parallergia e di metallergia. La parallergia è la capacità di reagire ad antigeni diversi con manifestazioni cliniche diverse da quelle prodotte dal primo antigene, mentre la metallergia è la possibilità di riattivare una reazione allergica simile alla prima in un organismo specificamente sensibilizzato ma nel quale le reazioni allergiche si sono attenuate o spente.

Le forme allergiche sono estesissime fra le malattie professionali. Esse possono riprodursi nei lavoratori dei campi (specialmente fra quelli addetti alla falciatura e al raccolto dei fieni, fra gli ortolani, i giardinieri) i fiorai, i lavoranti in legno, i mugnai, i panettieri, i mandriani, i butteri, i pasticceri, i fornai, gli stallieri, i bovari, i pellicciai, i conciatori di pelli, i tessitori, i tintori, i lavoranti in spazzole, crine e corna, gli orefici, i chimici, i farmacisti, i lavoranti in fabbriche di prodotti chimici, i verniciatori.

L'A. classifica le allergie professionali in tre gruppi: le dermallergie, le pneumallergie e le eterallergie.

Le dermallergie sono quelle che comprendono manifestazioni prevalenti del sistema cutaneo. Esse interessano cute e derma con manifestazioni varie (orticaria, dermatiti, eczemi). Nelle dermatosi professionali si dà importanza all'acido urico come cofattore di allergia e alla costituzione, perchè su 50 dermatiti allergiche Netherton trovò 37 che avevano anamnesi familiare allergica e 33 manifestazioni allergiche nell'infanzia.

Non tutti ritengono allergiche le dermatosi professionali. Alcune le ritengono provocate da irritanti primari che agiscono direttamente sulla cute macerandola o comunque alterandola.

Le dermatosi professionali possono dipendere da sostanze chimiche, animali, vegetali e da agenti fisici.

Gran parte delle sostanze usate nelle industrie chimiche e affini (coloranti, fertilizzanti, insetticidi, gomma, olii, pesanti, catrame, ecc.), come pure i materiali adoperati nelle industrie metallurgiche (cromati, nickel), in quella edilizia (cementi), poligrafica (inchiostri, polveri di carta), alimentare, agricola, farmaceutica, possono dare allergodermie.

Allergodermie si hanno anche fra i medici. I dentisti possono avere dermatosi per novocaina, garofano, eugenol, i medici per fenolo, formalina, i chirurghi per alcole denaturato, sublimato corrosivo.

Le sostanze che più frequentemente provocano allergodermie sono i cereali. Nei mugnai, panettieri e fornai si notano spesso eczemi. Ma alcune dermatosi dei fornai non sono allergiche, ma parassitarie (scabbia dei fornai da pediculoides domesticus). Da sostanze vegetali sono pure le allergie dei suonatori di flauto, di violino, dei lavoratori di agrumi e di alimenti conservati (spinaci e pomodori), dei lavoratori di fichi, fagioli, barbabietole, crisantemi, tabacchi.

Le sostanze animali capaci di dare dermallergie sono in numero esiguo e si riducono a manifestazioni provocate da pelo di animali.

Sono dermallergie da agenti fisici l'orticaria da freddo, da fatica, da raggi X e da sostanze radioattive.

Gruppo importantissimo delle allergosi è quello delle *pneumallergie*. Anch'esse possono dipendere da sostanze vegetali e anche qui si verificano nei mugnai, fornai, panettieri, vagliatori di grano, contadini, nei giardinieri, nei fiorai, nei farmacisti, nei droghieri, nei tappezzieri.

Esistono pneumallergie da sostanze animali (così le forme di asma dei pellicciai, dei garzoni di stalla, degli orefici che adoperano l'osso di seppia).

Fra le sostanze chimiche capaci di provocare pneumallergie bisogna annoverare l'asbesto, il cromato di potassio, l'acetilene.

Eterallergie professionali sono le varie forme di congiuntivite (da polline, da semi di ricino, da senape, da peli di animali, da cereali, da cosmetici, da detersivi).

In questo gruppo rientrano anche alcune allergie da agenti fisici (nei fotografi per la luce, nei lavoranti in frigoriferi per il fresco).

La febbre da fieno è considerata essa pure professionale nei lavoratori dei campi, come pure l'ulcera duodenale negli autisti e il reumatismo negli addetti ai frigoriferi.

Manifestazioni allergiche extracutanee ed extrapolmonari si hanno negli apicultori, che possono presentare dolori addominali, vomito e compromissione dello stato generale. Nello stesso modo si devono considerare l'anchilostomiasi e le altre parassitosi intestinali dei contadini.

La proposta di selezionare i vari lavoratori con prove cutanee prima di ammetterli alla lavorazione e di curarli, se si ammalano di allergosi, colla desensibilizzazione specifica all'allergene è rimasta per ora inattuata.

L.

Ricerche sperimentali sull'urto anafilattico.

(P. SPANIO e M. AUSTONI. *Lo Sperimentale*, fasc. 10, vol. 95).

Il metodo della desensibilizzazione verso lo stato allergico e di prevenzione dell'urto anafilattico è stato oggetto di numerose ricerche. L'opinione più diffusa è che la penetrazione ripetuta dell'antigene nell'organismo sensibilizzato faccia sparire per un certo tempo i fenomeni clinici pur permanendo lo stato di sensibilizzazione biologica, come è dimostrato dalla persistenza della cutireazione e della reazione di Prausnitz e Künstner anche dopo il trattamento. Clinicamente la desensibilizzazione è solo apparente, perchè tralasciando per un po' di tempo di introdurre l'antigene a piccole dosi, si ritorna allo stato di sensibilizzazione precedente. Quindi la desensibilizzazione umana non sarebbe che una assuefazione che conferisce una protezione temporanea. Oggi si ammette che la desensibilizzazione è aspecifica, tanto che se c'è sensibilizzazione per due antigeni e si fa la desensibilizzazione specifica per uno di essi, si ottiene la desensibilizzazione anche per l'altro.

Comunque, clinicamente esistono forme allergiche, come l'asma, in cui non si riesce sempre ad identificare l'antigene e si è costretti a ricorrere a cure aspecifiche.

Recentemente Condorelli ha ottenuto nell'asma coll'ormone gonadotropo ipofisario 50 % di successo completo e negli altri casi un notevole miglioramento e questo in malati già inutilmente sottoposti a numerosi trattamenti. L'ormone agirebbe solo modificando il terreno organico.

Sperimentalmente si è osservato che la tiroidectomia praticata prima della sensibilizzazione attenua la frequenza dello shock e che l'estratto di tiroide aumenta la sensibilità allergica. L'estratto di ipofisi attenuerebbe la sensibilità allo shock, che è invece attenuata dall'estratto surrenale. Per quanto riguarda l'attività genitale femminile, ci sono donne che hanno un attacco asmatico sempre in precedenza alla mestruazione, altre in coincidenza colla menopausa. Ci sono anche dei casi di asma infantile che guariscono colla pubertà. Sono stati notati anche dei rapporti fra asma e gravidanza: nelle cavie, per esempio, si riesce meno facilmente a provocare lo shock anafilattico quando c'è la gravidanza.

Gli AA. hanno voluto vedere se gli ormoni ovarici, preipofisari e placentari (che sono in aumento o compaiono durante la gravidanza) possono attenuare o inibire lo shock sperimentalmente. La refrattarietà allo shock aumenta notevolmente per il trattamento con alcuni di questi ormoni. Gli ormoni della gravidanza (ormoni prolanici) non modificano sperimentalmente la refrattarietà allo shock anafilattico. Questo dato non si può estendere all'uomo, perchè Condorelli ha notato invece un miglioramento notevole dell'asma coll'uso del prolan, che probabilmente agisce a grandi dosi modificando il terreno umorale. Lo stato di sensibilizzazione non si modifica anche per gli altri ormoni della gravidanza (follicolina, corpo luteo, pregnandiolo). Mentre però i singoli ormoni della gravidanza non influiscono sullo shock anafilattico, l'urina della donna gravida abbassa nettamente la mortalità degli animali da esperimento e aumenta notevolmente la refrattarietà allo shock.

Circa il meccanismo con cui questo fatto si produce si può pensare che o la desensibilizzazione avvenga con introduzione di piccole dosi ripetute di istamina o con la esaltazione dell'attività istaminasica degli organi. L.

Cura dell'asma mediante basi antagoniste dell'istamina.

(PH. DECOURT. *La Presse Méd.*, 19 dicembre 1942).

In questo lavoro Philippe Decourt precisa qual'è, secondo la sua esperienza, l'azione degli anti-istaminici sintetici nella terapia dell'asma, ne fissa la posologia e descrive per esteso un caso da lui ripetutamente curato con tali medicamenti.

Per l'anti-istaminico 2339 R.P., dosi quotidiane deboli vanno considerate quelle da g. 0,20 a g. 0,40, medie quelle da g. 0,60 a g. 0,80, forti quelle da g. 1 a g. 1,5, eccezionalmente forti quelle che toccano e superano i g. 2; quanto alla dose minima attiva, essa varia da malato a malato e, in un medesimo soggetto, da un attacco asmatico all'altro.

L'azione preventiva è superiore all'azione curativa, nel senso che è più difficile troncare un attacco asmatico che non impedire che esso si manifesti. Le forme di asma dette « sintomatiche » (p. es. quelle da lesioni fibrose polmonari e quelle da tracheo-bronchite) sono, come le forme asmatiche vere e proprie, sensibili a tali medicamenti.

L'effetto benefico sull'attacco asmatico varia col variare dell'intensità dell'attacco medesimo: dosi medie, o anche deboli, possono troncare un attacco di scarsa intensità; dosi forti sono necessarie allorchè l'attacco è di media intensità e spesso valgono soltanto ad attenuare o a posticipare l'attacco stesso, il quale può ancora manifestarsi in pieno quando il medicamento, poche ore dopo esser stato ingerito, non si trova più in circolo: deriva da quest'ultimo fatto la norma pratica di come talora convenga svegliare i malati durante la notte per dar loro un'altra dose di anti-istaminico prima che l'effetto della dose precedente si sia esaurito .Se infine l'attacco è violento, anche dosi forti o eccezionali non sempre possono troncarlo: valgono tuttavia ad abbreviarne la durata, in quanto che diventa-

no attive appena l'intensità dell'attacco comincia spontaneamente a decrescere.

Il caso clinico studiato dall'A. è quello di una donna di 28 anni, sofferente di asma fin dall'infanzia. Affetta da diatesi essudativa, già all'età di 1 anno aveva avuto frequentemente orticaria ed enterite e, dai 2 ai 10 anni, attacchi di coriza vasomotoria accompagnati e seguiti da dispnea, i quali andarono assumendo man mano i caratteri di veri attacchi asmatici; a 10 anni, ebbe il morbillo e una tracheobronchite, protratta e a 11 il primo tipico attacco d'asma. Da allora la p. ha sofferto di asma ogni anno, nel periodo che va da marzo a novembre, con attacchi frequenti e prolungati, che comparioro almeno 2 volte al mese, per 3 giorni ogni volta, talora preceduti da un edema di Quincke localizzato alle mani; altre volte ,invece, alternati con fenomeni epatici indipendenti da cause tossiche o alimentari. Cure termali (Mont-Dore), dietetiche, medicamentose (teobromina, diuretici, fitina, calomelano) giovano alla componente bronchitica e fanno scomparire i fenomeni epatici, ma lasciano immutata la condizione asmatica, che trae qualche beneficio soltanto dal soggiorno in paesi montani, boscosi, a clima umido. Iniezioni endovenose di gluconato di calcio e d'iposolfito di magnesio rendono meno frequenti gli attacchi violenti, ma non influenzano una dispnea asmatiforme che disturba il sonno almeno tre notti per settimana.

Durante gli attacchi, la p. prendeva di solito adrenalina, efedrina ecc., finchè Decourt provò a darle il 2325 R.P., in compresse da g. 0,30, ottenendo, con dosi relativamente forti — intorno a g. 1,20 al giorno — risultati piuttosto favorevoli: riduzione di frequenza e minor durata degli attacchi. Ma risultati molto più brillanti ottenne in seguito, sostituendo al 2325 R.P. il 2339 R.P., in dosi che variavano da un minimo di 4 a un massimo di 22 compresse, da g. 0,40, nelle 24 ore: tale terapia riuscì assai efficace, anche in città e nel mese di giugno, cioè in un ambiente e in una stagione in cui la p. di solito soffriva di attacchi d'asma particolarmente frequenti, violenti e prolungati. Il medicamento, pur essendo in complesso ben tollerato dalla p., ha provocato talora lievi vertigini, un po' di sonnolenza, qualche piccola eruzione di orticaria e una sola volta, lievi disturbi gastrici; edemi di Quincke voluminosi, manifestantisi in periodi in cui gli attacchi asmatici erano evitati dalla somministrazione quotidiana del 2339 R.P., vengono interpretati dall'A. come un fenomeno vicariante, come una specie d'asma larvata.

L'A. considera la sua malata come un caso di asma — in confronto ad altri da lui osservati e sottoposti alla medesima cura — particolarmente ribelle alla terapia anti-istaminica e invece dotato di una notevolissima tolleranza verso le dosi forti e la somministrazione prolungata di questi medicamenti. A. B.

DIVAGAZIONI

Psicanalisi e medicina interna.

(W. BISCHLER. *Révue Méd. de la Suisse Romande*, 25 novembre 1942).

In questo breve lavoro, Bischler pone in evidenza alcune nozioni fondamentali di psicanalisi e di psicologia medica, le quali, isolate dalle altre moltissime e non tutte chiare nè sufficientemente dimostrate che costituiscono la dottrina di Freud e allievi, possono riuscire assai utili al medico pratico, particolarmente in quella parte della sua opera quotidiana, parte delicata e mai troppo accurata ed estesa, che è l'indagine anamnestica.

Per quanto riguarda l'anamnesi familiare, vanno studiati i rapporti affettivi tra i vari componenti della famiglia del paziente e l'atteggiamento del paziente stesso verso i genitori, i fratelli e le sorelle, il coniuge, i figliuoli; atteggiamento che può esprimere simpatie e antipatie, più o meno coscienti e talora di qualche peso nella genesi di manifestazioni psicogene accompagnanti determinate malattie organiche: per esempio, la tendenza, naturale nei figli, ad imitare i genitori può abnormemente accentuarsi fino a riprodurre in un figlio ammalato alcune particolarità fisiologiche e patologiche caratteristiche di uno dei genitori; tale riproduzione, di solito affatto incosciente, è naturalmente assai difficile a distinguersi da assomiglianze vere, ossia dalla spontanea analogia di sviluppo, di reazioni e di espressioni da parte di due individui di costituzione psico-fisica fra di loro simile.

Anche interessante e ricco di suggerimenti è lo studio dell'ambiente sociale, in cui la vita del paziente suole svolgersi; e quindi del comportamento di questi verso i compagni di lavoro, verso i superiori, verso i sottoposti.

Passando all'anamnesi personale, sia che si voglia prevenire sia che si debba curare una nevrosi o un'organo-nevrosi, occorre sempre tener presenti alla mente quattro gruppi di sentimenti, che abitualmente esercitano un'azione patogenetica negli individui predisposti a disturbi del tipo ora detto: i sentimenti d'inferiorità, di colpevolezza, di bisogno d'espiazione e il sentimento (meglio sarebbe dire: la sensazione) di ansia o angoscia; questi quattro sentimenti caratteristici dei nevrosici, si possono osservare in essi, a seconda dei casi, allo stato di sentimenti coscienti, subcoscienti, incoscienti. Utili indicazioni si potranno trarre da un'inchiesta, sommaria e condotta col dovuto tatto, sull'attività sessuale dei soggetti presi in esame, badando non soltanto alle loro risposte, ma altresì alle loro eventuali reticenze, senza tuttavia insistere nell'interrogatorio.

Vanno infine ricercati accuratamente, nella storia lontana e prossima dei malati, tutti quei fatti che abbiano eventualmente potuto

rappresentare per essi dei traumi psichici, ricordando che, in quest'ordine di fenomeni, sono spesso emozioni, impressioni, preoccupazioni lievi di per sè, ma a lungo protratte o molte volte ripetute, ad avere importanza come fattori psicopatogenetici.

Se il medico avrà cura di svolgere, nella sua pratica, indagini del tipo ora detto, con sufficiente — e pur non esagerata — profondità, egli si formerà una più ampia ed esatta conoscenza, spesso preziosa anche ai fini della terapia, della individualità psico-fisica dei suoi malati: tra questi specialmente coloro i quali sono stati colpiti da un'affezione organica a lungo decorso presentano spesso speciali deformazioni del carattere, per cui o si compiacciono delle proprie sofferenze o si abituano ad essere compatiti o rifuggono dal tornare ai doveri e alle lotte della vita dell'uomo sano. Questi segni psicopatologici, ed altri simili, vanno riconosciuti e combattuti precocemente, perchè da un lato bastano a ritardare effettivamente la guarigione della malattia organica o a protrarne la convalescenza o a favorirne le ricadute e dall'altro possono essere l'espressione dell'aggiungersi di una affezione psichica vera e propria all'affezione organica preesistente oppure del succedere di quella a questa.

È funzione del medico, dunque, davanti a casi di tal genere, di stimolare, a guarigione avvenuta o una volta conseguito il massimo miglioramento possibile delle condizioni fisiche, il desiderio di una vita sana, normale e regolata, nonchè il gusto per il lavoro e, in generale, per l'armonia tra corpo e spirito, in chi non ha più, o ha soltanto in misura insufficiente, quel desiderio e questo gusto.

A. B.

TRIBUNA LIBERA

In merito alla dezuccherazione nella terapia dei tumori.

Riceviamo:

Firenze, 10 aprile 1943-XXI

Spett. Direzione del « Policlinico »,

Nel n. 11 del « Policlinico » (Sezione Pratica, del 25 marzo u. s.) il dott. Francesco Caputi, nel suo contributo sul metodo della dezuccherazione nei cancerosi, scrive: « Roberti e Casati ripresero le esperienze modificando il metodo di Brünings » e « i resultati ottenuti da Casati e Roberti, troppo precipitosamente divulgati, sono stati poi ritrattati ».

Vi preghiamo di voler rettificare:

1) il nostro esperimento non prese assolutamente le mosse dal lavoro di Brünings, perchè ne diversifica molto come concezione e perchè le prime osservazioni di uno di noi (Roberti), *punto di partenza del nostro lavoro*, rimontano ad un'epoca anteriore alle comunicazioni del Brünings;

2) non abbiamo « ritrattato » nemmeno una parola di quanto abbiamo comunicato nel febbraio '942 (Atti dell'Accademia Medico-Fisica Fiorentina 1942).

Grazie dell'ospitalità.

C. E. Roberti e A. Casati

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

K. Bauer, *A-B-C. der Roentgentechnik*. 140 figure, 550 pagine, Thirmr Editore, 1943, 2ª edizione, RM. 14.

Questa nuova edizione dell'a,b,c, della roentgentecnica appare aumentata di molte voci, e molte voci hanno avuto un rimaneggiamento e largo sviluppo.

L'idea di raccogliere in ordine alfabetico e a guisa di vocabolario tutti i dati riguardanti la tecnica dei raggi X, ha avuto la sua fortuna e il manuale sta alla II ristampa. Si tratta in fondo quasi di una piccola enciclopedia in cui il lettore può trovare la definizione e la spiegazione di molti dati tecnici e talvolta con lusso di particolari degni di un grande trattato. Così, ad es. fra le voci raccolte sotto la lettera S figurano le parole salpingografia, spettro, stereografia, stratigrafia etc.; queste voci trovano in molte pagine con annessi schemi la loro spiegazione senza dover ricorrere ai trattati.

Il manuale può riuscire di utilità al radiologo e anche al tecnico che troverà in singole voci tutte le possibilità per controllare i dati di tecnica e di sviluppo dei radiogrammi etc.

E. Milani.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Appendicectomia e ceco mobile.

Schmieden (*Zentralblatt für chirurgie*, fascicolo XXV, 1942) rileva che la diagnosi differenziale nelle forme lievi di appendicite appare difficile specie in giovani donne con enteroptosi, le quali accusano disturbi non bene precisati al basso ventre con disappetenza e leggera alterazione dello stato generale organico. Le esperienze che ha condotto l'A. lo hanno convinto della importanza che nella spiegazione di questa sindrome ha la situazione bassa del cieco mobile, causa di disturbi digestivi di origine meccanica. In genere queste malate dopo lunghe cure mediche, le quali lasciano il tempo che trovano, vengono portate al chirurgo per una appendicectomia. Aperto l'addome si riscontra un cieco mobile in posizione bassa nella pelvi e sul colon ascendente una membrana molto vascolarizzata. Le pareti del cieco sono assottigliate e il contenuto pastoso dimostra l'esistenza di una certa difficoltà di transito del materiale intestinale. L'appendice non dimostra al contrario alterazioni apprezzabili. Con un criterio più profilattico che curativo si procede alla estirpazione dell'appendice, ma i disturbi postoperatori in genere aumentano in confronto a quelli preesistenti, poichè aderenze che si formano rendono ancora più difficoltato il transito intestinale, e un reintervento per sezionare le aderenze non risolve la situazione. Schmieden ha praticato in tali casi un terzo intervento di resezione ileocecale con impianto terminolaterale dell'ileo sul moncone del colon ascendente ottenendo una guarigione completa dei disturbi. Quando ci si trovi di fronte a un caso nel quale il cieco mobile determina disturbi considerevoli è bene addivenire al primo intervento alla resezione ileo-cecale che determina la guarigione, piuttosto che accontentarsi di una appendicectomia che non è assolutamente indicata e dover poi in secondo tempo praticare l'intervento radicale proposto.

BENDANDI.

La cura medica della endoarterite obliterante con gangrena in atto.

R. Paolucci (*Viener Medizinischen Wochenscrift*, fasc. 39, 1942) rileva che i vari interventi chirurgici proposti per la terapia della endoarterite obliterante giovanile, dalla simpaticectomia periarteriosa alla ganglionectomia, dalle anastomosi arterovenose alla arteriectomia e alla surrenalectomia attuati in pratica dall'A. su numerosi casi, non hanno portato a risultati in genere definitivi, ma solo benefici temporanei. La cura medica ha dato invece risultati veramente soddisfacenti; essa si basa sulla balneoterapia (ottenere una ginnastica vasale mediante l'alternare il caldo al freddo secondo uno schema di bagni dettato dall'esperienza), sulla dietoterapia (a base di verdure, latte, pesce, con assoluta esclusione di carne), sulla vitaminoterapia (iniezioni endovenose alternate di Vitamine C e B e su una cura locale (impacchi di alcool al fine sopratutto di mantenere secca la gangrena che si è iniziata). Si insiste sulla abolizione assoluta del fumare e l'A. non è alieno dal pensare che la natura della malattia risieda in fattori allergici contro la nicotina o altri elementi velenosi del fumo. Questa cura esige molta pazienza da parte del malato, poichè si prolunga per molto tempo, la dietetica è fastidiosa e i dolori in un primo tempo vengono esacerbati; ma i risultati che si ottengono, di fronte alla gravità del male, giustificano tutto; da questa cura l'A. ha avuto sempre ottimi risultati che hanno portato a salvare arti altrimenti condannati alla amputazione.

BENDANDI.

Il trattamento dello shock traumatico.

Il trattamento dello schock traumatico è preventivo e curativo.

In caso di trauma grave per prevenire lo schock occorre riscaldare il ferito, dargli da bere ed eventualmente da mangiare se il trasporto dura a lungo.

Bisogna combattere il collasso vasale mediante iniezioni di canfora o di suoi succedanei, e sopratutto con iniezioni di analettici vasali del tipo dell'efedrina.

Se v'è emorragia praticare l'emostasi rapidamente e nel miglior modo.

In caso di spappolamento di tessuti o di scottatura applicare un laccio emostatico e fare una medicazione imbevuta di soluzione salina ipertonica.

Se le sofferenze sono forti somministrare generosamente morfina ed eventualmente praticare l'anestesia locale o regionale.

Il trattamento curativo consiste nel riscaldare il ferito eventualmente con la diatermia e reidratarlo preferendo alle iniezioni di siero artificiale quelle di plasma o di siero umano. Il collasso vasale si curerà con iniezioni endovenose di efedrina o di pressedrina, si agirà sullo squilibrio vago-simpatico bloccando il vago con l'atropina o eccitando il simpatico con l'ormone cortico-surrenale. L'acidosi si combatterà con la somministrazione di 10-20 gr. di bicarbonato di soda, e l'anossiemia con la tenda ad ossigeno e con gli analettici respiratori.

Nelle emorragie gravi praticare trasfusioni massive fino a 2 litri o piccole trasfusioni ripetute di 150-250 cmc .

Nello spappolamento dei tessuti e nelle scottature si assicurerà la reidratazione e la riclorurazione con siero salino-glucosato ipertonico.

Il tattamento chirurgico sarà eseguito dopo avere adottate tutte le misure su accennate, avendo cura che sia il meno possibile traumatizzante. La sala operatoria deve essere ben riscaldata, l'anestesia di breve durata (radioanestesia, protossido d'azoto o etere). Occorre procedere ad una larga exeresi dei tessuti contusi o all'amputazione dell'arto spappolato senza asportare il laccio emostatico. L'emostasi deve essere rigorosa e l'eventuale sezione di un tronco nervoso deve essere preceduto dalla sua novocainizzazione (*Praxis*, 17 febbraio 1943).

DR.

La simpatectomia nei congelamenti.

La simpatectomia priarteriosa eseguita da J. Philipowicz (*Zentr. f. Chir.*, 1942, n. 34) su 5 di 21 soldati reduci dalla prigionia in Russia e affetti da congelamento infetto ai piedi, ha dato buoni risultati, consistenti in: rapida diminuzione della secrezione e scomparsa del cattivo odore. Subbiettivamente inoltre si ebbe: senso di calore e lieve dolore urente nella zona di demarcazione. Dopo 10 giorni, potettero essere allontanate le falangi delle dita ben demarcate, e le granulazioni, prima torpide, rapidamente si coprirono di epitelio. Casi di controllo non operati, nello stesso periodo di tempo, rimasero quasi stazionari. L'iperemia che segue alla simpatectomia, concorre alla più rapida separazione dei tessuti morti dai viventi, l'infezione diminuisce e così vengono ad essere assicurate le migliori condizioni di guarigione.

Concludendo l'A. basa la indicazione della simpatectomia sui seguenti fatti: 1° Essa serve come operazione preparatoria per assicurare uno processo di guarigione migliore. 2° Accelera la demarcazione accorciando così sensibilmente il periodo di degenza. 3° Combatte la infezione. 4° Elimina i dolori e riduce l'entità di un eventuale intervento.

D. SALSANO.

VARIA

Per ottenere la bellezza muliebre.

L'arte di conservare la propria bellezza è antica come il mondo; ma L. Antoine (*Riener Klinische Wochenschr.*, maggio 1942) sostiene che deve oggi essere considerata piuttosto come una scienza. La vanità v'entra sino a un certo punto: molte categorie di donne hanno bisogno di conservare una bella presenza, ad es. le impiegate, le insegnanti, le ballerine, ecc. Un neo peloso può costituire un complesso d'inferiorità tale, da influire su tutta la vita di una persona.

L'A. dètta, perciò, alcune elementari regole di bellezza, fermandosi soprattutto sulla cura della pelle. Regola fondamentale è una pulizia accurata: tutte le sere si asportino la polvere ed i cosmetici con acqua calda e sapone; le pelli grasse vanno poi ulteriormente trattate con alcole, quelle secche con olio di oliva o di semi o, possibilmente, di mandorle. Poi sarà opportuno applicare una pomata, facendo contemporaneamente un leggero massaggio. Le donne di una certa età sarà bene usino le così dette creme nutritive, contenenti colesterina, lecitina, ormoni, vitamine, ecc. Al mattino si asporti la pomata; sulla pelle così ripulita può impunemente applicarsi la cipria, purchè di buona marca e molto fine, affinchè non otturi i pori. Contro le rughe sono assai efficaci i vari metodi di massaggio, che vanno però praticati da personale specializzato. È pure utile il cercare di tenere il viso il più possibile immobile. Molto usati sono gl'impacchi o maschere di varia forma: ad esempio, si fanno maschere di paraffina liquida che, lasciata seccare sul viso, stira le rughe. Se poi nessun altro metodo riesce, si può ricorrere a un intervento chirurgico: nascosti nei capelli si praticano, alle tempie e alla nuca, dei tagli e si asportano pezzi di pelle: la pelle prossima del viso viene, così, ad essere tesa. I raggi ultravioletti, la diatermia, si usano contro l'ipertricosi; ma sono utili anche contro i comedoni. Giovano i lassativi, la vita all'aria aperta ed eventualmente gli autovaccini.

L'A. aggiunge qualche norma per la cura dei capelli, raccomandando anche per questi una leggera lavatura e sconsigliando l'uso di tinture chimiche e di decoloranti troppo forti. Conclude affermando che tutti i metodi descritti non costituiscono che una piccola parte di quanto si può fare per la cura della bellezza.

LUIGIA VALORI

(Da *L'Attualità Medica*, lug.-sett. 1942).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Computo del biennio utile per il servizio di prova dei sanitari condotti.

Nel corso del periodo di prova un sanitario condotto aveva fruito di sei mesi di aspettativa, era stato per un mese sospeso dal grado e dallo stipendio ed era rimasto per 18 giorni fuori servizio per assenze arbitrarie. Alla fine del periodo di esperimento, fu dimesso. Il Comune escluse dal computo del termine utile per la notifica della deliberazione di dimissione non solo i sei mesi di aspettativa ed il mese di sospensione, ma anche i 18 giorni di assenza arbitraria.

Ricorse il sanitario, deducendo che non doveva essere considerato in detrazione il periodo di assenza; dall'accoglimento di questa tesi sarebbe derivata la illegalità della deliberazione di dimissione per tardività, ai sensi dell'art. 71 del T. U. delle leggi sanitarie, 27 luglio 1934, n. 1265, secondo il quale la dimissione del sanitario condotto per fine del periodo di esperimento dev'essere disposta non più di sei mesi e non meno di tre mesi prima della scadenza del periodo di prova.

La V Sezione, con decisione 22 gennaio 1943, n. 24, esaminando il ricorso, ha premesso che la giurisprudenza dello stesso Collegio ha, più volte e senza equivoco, affermato che il biennio di prova deve essere un biennio di servizio effettivamente prestato, ed era perciò fuori discussione — nè, del resto, nel caso in ispecie, risulta che il ricorrente lo contestasse — che non sono computabili nel periodo stesso quelle sospensioni o interruzioni di servizi che si appoggino su un titolo legale, come potrebbero essere le aspettative, la sospensione cautelare o disciplinare, i richiami alle armi, ecc.

Per quanto riguarda le interruzioni che non dipendano da cause obiettive e legali, ma siano, invece, dovute a cause volontarie imputabili all'impiegato, quali le assenze arbitrarie, il Collegio ha notato che non si ha una giurisprudenza affermata. Però — ha concluso la Sezione — anche seguendo la tesi, sostenuta dal ricorrente, che la mancata prestazione del servizio per colpa dell'impiegato possa equivalere a prestazione difettosa o negativa, e, quindi, costituire elemento negativo per la valutazione del servizio stesso, non vi ha dubbio che sia più giusto lasciare alla discrezionalità dell'Amministrazione il decidere, caso per caso, se il periodo di assenza arbitraria sia o no suscettibile di valutazione. Poichè è all'Amministrazione che spetta valutare la bontà del servizio, essa può anche decidere se un periodo di assenza costituisca senz'altro una deficienza nel servizio oppure sia tollerabile e debba, perciò, considerarsi come un periodo neutro.

Dubitiamo della esattezza di questa risoluzione.

Sembra anzitutto singolare che in una questione di termini, che dev'essere sempre posta e risoluta sopra basi rigorosamente obiettive, possa introdursi un elemento fluido, quale è quello che si riporta al potere discrezionale dell'Amministrazione. Come è noto, tanto la legge comunale e provinciale per i dipendenti dei Comuni e delle Provincie, quanto la legge sanitaria per i sanitari condotti hanno stabilito il rigoroso sistema dell'acquisto automatico della stabilità, ove entro un termine perentorio le Amministrazioni non notifichino la deliberazione di dimissione per fine del periodo di prova. La perentorietà del termine, entro il quale le Amministrazioni debbono provvedere, è essenziale.

La giurisprudenza, come esattamente ha ricordato la V Sezione, ha ormai pacificamente fissato il principio che il periodo di prova deve essere effettivo: esso quindi decorre dalla data in cui l'impiegato ha assunto servizio e si svolge durante tutto il periodo in cui un servizio è prestato. Da questo punto di vista si può ritenere che debbano detrarsi dal computo del periodo utile quelle interruzioni che siano obiettivamente rilevabili, in quanto si appoggino sopra un titolo legale.

Ma quando si chieda se un periodo di assenza dall'ufficio, diverso da quelli testè considerati, debba essere o non valutato, pare a noi che debba darsi risposta tassativa, come tassativa e perentoria è la disposizione della legge. Non si può affidare all'Amministrazione il potere di far rientrare o meno nel compunto il periodo di assenza arbitraria dal servizio. L'Amministrazione avrà il potere discrezionale di valutare la condotta dell'impiegato ai fini di stabilire se, e fino a qual punto, il fatto dell'assenza arbitraria debba pesare sulla determinazione di deliberare o meno la dimissione. Ma non bisogna equivocare: questo potere discrezionale, inerente alla valutazione del comportamento dell'impiegato, non può avere effetti anche nel campo in cui la legge ha posto termini rigorosi. Decidere diversamente significherebbe rendere elastici quei termini che la legge ha voluto rigidamente fissare.

Ciò posto, l'assenza arbitraria interrompe il periodo di prova? A noi sembra che si debba

(Continuazione alla pagina seguente).

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

Concorsi a premi.

Preparazione della madre.

Le Regie Terme di Salsomaggiore e la Presidenza del Comitato di Consulenza Sanitaria delle Terme bandiscono per l'anno 1943-XXI un Concorso per il conferimento di due premi, uno di L. 5000 (cinquemila), l'altro di L. 3000 (tremila) per lo svolgimento di una monografia sul tema: « La preparazione fisiologica e spirituale della futura madre ». Al Concorso potranno partecipare sia i medici pratici che gli assistenti ed aiuti di Istituti universitari e di Ospedali, ad esclusione dei cattedratici.

I concorrenti saranno tenuti ad inviare entro il 31 dicembre 1943-XXII i loro elaborati alla Commissione giudicatrice per l'esame relativo, indirizzandoli, in plico raccomandato, alla Presidenza del Cimitato di Consulenza delle Regie Terme di Salsomaggiore (Parma) precisando l'indirizzo del proprio domicilio.

La Commissione giudicatrice sarà formata dai professori: sen. Nicola Pende di Roma, Emilio Alfieri di Milano, Antonio Gasbarrini di Bologna, Paolo Gaifami di Roma, Giuseppe Delle Piane di Parma.

I lavori premiati resteranno di proprietà delle Regie Terme che ne cureranno la pubblicazione sulla Rivista « La Preparazione materna » ed in un opuscolo a parte, che in numero di cento saranno offerti ai vincitori.

Per le altre condizioni chiedere copia del bando di concorso alla gestione delle RR. Terme di Salsomaggiore (Parma).

Premio Riberi.

La Reale Accademia di Medicina di Torino apre il Concorso al XVII premio Riberi di L. 20.000 (meno la tassa di manomorta).

Possono concorrere i lavori scientifici di argomento appartenente alle discipline mediche in genere pervenuti all'Accademia entro i termini stabiliti e tali che segnino un importante progresso nel ramo dello scibile cui si riferiscono.

Sono ammessi i lavori stampati, o scritti a macchina in lingua italiana, latina, francese, inglese e tedesca; se i lavori sono stampati, questi devono essere editi dopo il 1941.

I lavori saranno inviati in piego raccomandato in doppio esemplare all'Accademia della quale rimarranno proprietà. Qualora l'Accademia aggiudichi il premio ad un lavoro scritto, questo dovrà essere stampato dall'Autore prima che scadano i due anni dopo il conferimento del premio: l'ammontare di questo sarà consegnato solo dopo l'invio all'Accademia di un doppio esemplare del lavoro stampato.

Sono accettati per il Concorso i lavori che risultino spediti all'Accademia non oltre giorno 31 dicembre 1948. In ogni caso, scorsi due mesi da questo termine, il Concorso s'intende chiuso, ed i lavori giunti dopo, anche se spediti in tempo utile, non saranno presi in considerazione.

Gli Autori nella lettera di invio accenneranno alle parti o agli orgamenti più importanti dei loro scritti ed opere che stimano dovere maggiormente fissare l'attenzione dell'Accademia giudicante.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

« Il 27 marzo 1943, presso il R. Ministero per l'Africa Italiana si è riunita la Commissione giudicatrice per l'assegnazione del premio di L. 5000 della Fondazione « Giuseppina Petazzi ». Sotto la presidenza dell'Ecc. Angelo De Rubeis, Governatore di Colonia, la Commissione formata dai professori Ecc. Castellani, Sen. Bastianelli, Ecc. De Blasi e Milani, dopo avere esaminato i notevoli lavori presentati dai concorrenti, ha assegnato il premio per il biennio 1941-1943 al prof. dott. Alfredo Bettòlo pei suoi studi sul « tifo petecchiale ».

NOTIZIE DIVERSE

Congressi e convegni.

La Società svizzera per la medicina interna si adunerà il 15 e il 16 maggio ad Aarau. Tema in discussione: Patologia e terapia delle malattie arteriose infiammatorie non specifiche; relatori: A. von Albertini per la patologia, P. H. Rossier e a Dimtza per la clinica e terapia. A. Adler farà delle dimostrazioni cliniche. Avranno anche luogo delle comunicazioni.

La Società svizzera di psichiatria si adunerà il 26 e il 27 giugno a Münsterlingen. Argomento principale all'ordine del giorno: La prova di Rozcharch; relatori: H. Binder, R. Kuhn e A. Weber. Gli annunzi di comunicazioni su questo tema si ricevono sino al 15 maggio dal presidente, prof. dott. H. Steck, Cery s/ Lausanne, Svizzera.

Negli Istituti ospedalieri di Milano.

Il Commissario prefettizio, avv. Sileno Fabbri, ha presentato la relazione sull'opera svolta duran-

---

(*Seguito della* Politica sanitaria *dalla pag. prec.*).

rispondere negativamente. E' vero che l'esperimento decorre dalla data della effettiva assunzione dell'ufficio, e non dalla nomina, e la prova importa prestazione dell'attività dovuta; ma l'assenza temporanea, specialmente se arbitraria, non interrompe la esplicazione concreta del rapporto di impiego: è, anzi un modo di essa valutabile agli effetti dell'esperimento e del giudizio di idoneità. Si devono sottrarre i periodi di vera e propria interruzione — per es. lo stato di aspettativa determinato da ragioni di salute o da servizio militare, la sospensione precauzionale — ma la discontinuità dipendente da assenze, giustificate o arbitrarie, non ha efficacia interruttiva della prova della quale è anzi un elemento, un modo di essere e di manifestarsi.

te il decorso biennio. Viene annunziata l'istituzione di quettro Commissioni consultive: una per il patrimonio immobiliare rustico (che comprende 160 aziende, le quali occupano ben 10.000 ettari); una per il patrimonio immobiliare urbano (che comprende una ventina di fabbricati); una per i servizi di carattere legale-amministrativo; una per i servizi economiali. E' in progetto la limitazione del ricovero ai soli casi acuti nell'Ospedale Maggiore e nel Policlinico, mentre i convalescenti, i subacuti ed i cronici verrebbero accolti in ospedali minori, il che porterebbe una riduzione di spesa; si ritorna così a un proposito, che venne già prospettato da San Carlo Borromeo, il quale divisava la creazione di un convalescenziario. Il Policlinico verrebbe sistemato per la Facoltà medica come Scuola di medicina. Il nuovo Ospedale Maggiore risulta ora in piena attività: i degenti da 700 vi sono saliti a 1500. Una novità è la creazione del « Tabularium » che, in apposite tavole, raccoglie i dati relativi alle proprietà immobiliari degli istituti ospedalieri.

In occasione della Festa del perdono il Commissario ha consegnato i diplomi di benemerenza ai sanitari, ai funzionari e al personale salariato; tra gli altri, ai proff. Maiocchi, Negroni e Aliprandi, che hanno lasciato il servizio per limiti d'età. Alle autorità presenti è stato distribuito un volume di carattere storico, dovuto al prof. G. C. Beserpè.

L'opera benefica di Maria di Piemonte esaltata dalla stampa spagnola.

Si ha da Madrid, 8 aprile:

La stampa spagnola si occupa, largamente, della benefica opera che la Principessa di Piemonte svolge dall'inizio della guerra a favore dei soldati feriti e delle popolazioni colpite dai bombardamenti aerei.

I giornali rilevano che lo spirito di altruismo della Principessa, la sua affabilità, il sereno coraggio con il quale attua la sua missione consolatrice, sfidando il pericolo dei bombardamenti, la rendono sempre più amata ed aumentano la devozione che il popolo italiano sente per la Famiglia Reale.

Aumento della mortalità infantile in Inghilterra.

Si ha da Lisbona in data 8 aprile:

Gravi preoccupazioni suscita, da qualche tempo, in Gran Bretagnia, l'aumento impressionante della mortalità infantile. E' però sintomatico che le critiche più severe su tale problema affermino che esso deriva non tanto da cause contingenti dello stato di guerra, bensì per la mancanza assoluta in Inghilterra di provvidenze pubbliche a favore dell'infanzia nonchè per la deplorevole insufficienza di reparti pediatrici negli ospedali.

In uno dei suoi ultimi numeri il *Times*, dopo avere stigmatizzato l'agnosticismo delle leggi e dell'autorità britanniche in materia di provvidenze igienico sanitarie a favore dell'infanzia, invoca la diagnosi preventiva già sancita da anni in Italia specialmente per una lotta più efficace contro la tubercolosi infantile.

Il giornale aggiunge, con un grido d'allarme, che a « Londra si calcola che la mortalità infantile per tubercolosi è aumentata, rispetto agli anni precedenti la guerra, di quattro o cinque volte. Questa perdita di giovani vite — conclude il *Times* — richiede imperativamente la revisione tecnica dei rimedi presenti ». (*Stefani*).

Un po' dovunque.

Una nave ospedale giapponese, l'« Urara Mara », è stata attaccata e colpita dagli aerei nemici sebbene portasse chiaramente visibili i segni della Croce Rossa. La nave navigava isolata, nella luce del pieno giorno. Non è la prima volta che avvengano fatti del genere ed i giapponesi denunciano questi metodi di guerra.

I Sovrani hanno visitato i militari feriti ricoverati nell'Ospedale della C.R.I. « Regina Elena » in Roma, a Monte Mario.

La « Gazzetta Ufficiale » ha pubblicato la legge 11 gennaio 1943, con la quale è istituito l'Ente « Mutualità fascista - Istituto per l'assistenza di malattia ai lavoratori ».

La Società di cultura medica novarese si è adunata il 4 febbraio e il 4 marzo, sotto la presidenza del prof. C. Ferretti; nella prima seduta sono state fatte comunicazioni da G. Martelli, e da G. Giordanengo; nella seconda da V. Ferrero con E. Martelli e da G. F. Capuani con G. Martelli.

Il Ministro dell'Educazione nazionale, Carlo Alberto Biggini, ha visitato a Bologna gl'istitti universitari, tra cui le cliniche rinnovate.

In una conferenza tenuta per iniziativa del Reale Istituto di Studi Romani, l'Ecc. sen. prof. A. Castellani ha illustrato i caratteri delle malattie tropicali e le fasi della lotta contro di esse, documentando l'apporto italiano, particolarmente della Scuola di perfezionamento di Roma.

Nella facoltà medica di Milano si è istituita una scuola di specializzazione in psicologia sperimentale, per il funzionamento della quale verrà stipulata una convenzione fra la R. Università e la libera Università cattolica del Sacro Cuore.

A Napoli la signora Angelina Patriarca vedova d'Avos ha compiuto 105 anni (è nata a Sora l'11 aprile 1838); conserva ottima intelligenza ed è attivissima; la madre è morta a 102 anni (« Giorn. d'It. », 13 aprile 1943).

A Genova l'impiegato Carlo Masullo da Napoli era scivolato in una piazza, fratturandosi il piede destro; adagiato in un'automobile, veniva trasportato in ospedale, quando essa veniva investita da una vettura tranviaria; gli accompagnatori rimanevano illesi, mentre l'infortunato riportava la lussazione di una spalla; trasbordato su di un'altra auto pubblica, potè finalmente raggiungere l'ospedale.

Il Lettorato dell'Accademia Germanica di Bari ha organizzato una manifestazione culturale italo-tedesca; il prof. Giuseppe Sangiorgi, titolare della cattedra d'igiene, ha illustrato alcune « Lettere di studenti tedeschi caduti in guerra »; poi il di lui figlio Mario ha riferito sulle impressioni riportate durante un recente soggiorno in Germania.

Nel Reich, con ordinanza del 16 marzo, le allieve infermiere che devono ancora compiere un anno di pratica, possono svolgere questa attività negli ospedali dell'Organizzazione Todt.

Nelle 63 maggiori città della Germania durante il 1942 vennero celebrati 222.751 matrimoni, cioè 2436 (1,7 %) in più dell'anno precedente.

Nell'Ospedale civico Lainz di Vienna una Sezione pel reumatismo, organizzata dal primario dott. Fenzi, ha assunto sviluppo crescente, di modo che ora è stata trasformata in Istituto.

Durante l'incursione terroristica della R.A.F. su Berlino nella notte del 2 marzo, furono colpiti e gravemente danneggiati anche tre ospedali, che hanno dovuto essere subito sgombrati. I quotidiani riferivano che Churchill avrebbe telegrafato il suo compiacimento all'organizzatore tecnico dell'incursione.

A Budapest si è organizzata una efficace tutela sanitaria dei bambini appartenenti a militari in guerra.

Un'ordinanza del Governatorato generale della Polonia, andata in vigore l'1 febbraio, stabilisce la vaccinazione periodica contro la tifoide. Dall'obbligo sono esonerati i bambini sotto gli 8 anni, gli anziani sopra i 55 anni, le persone che si trattengono nel territorio non più di 3 mesi, le persone che sono state colpite da tifoide durante gli ultimi 5 anni e le persone che, per ragioni gravi di salute, non tollererebbero la vaccinazione.

In Francia, secondo stime ufficiali, avvengono da 400.000 a 600.000 aborti l'anno.

Il 24 maggio si compiranno quattro secoli della morte di Niccolò Copernico, il quale, oltre che astronomo, fu medico.

Negli ospedali di Gibilterra sino alla metà di febbraio erano stati ricoverati varie centinaia di militari, feriti in seguito a mischie scoppiate con la popolazione algerina e marocchina.

Ricorre quest'anno il quarto centenario della pubblicazione del « De humani corporis fabrica » di Andrea Vesalio, fatta a Basilea e di cui si ebbero poi varie edizioni.

Con l'occupazione di Giava da parte delle truppe giapponesi è venuto a mancare il rifornimento di chinina per le Indie, ove i malarici muoiono a milioni. Gli Stati Uniti hanno cercato di portare aiuto, inviando prodotti sintetici, dimostratisi insufficienti ai bisogni.

In Francia con decreto dell'1 febbraio si è istituito il « medico tisiologo dei servizi pubblici ».

A Torino è stato arrestto certo Eugenio Berici, avventuriero che si spacciava per principe romano e svolgeva anche attività di medico: aveva ideato uno specifico contro le malattie nervose ed era perfino riuscito a farsi assumere in una casa di salute milanese, con lo stipendio di 2300 lire mensili.

Il pretore di Firenze ha condannato a 13 mesi di reclusione e 1400 lire di multa una falsa crocerossina.

A Trieste, il sacerdote Celso Perrotto ha inghiottito una cucchiaiata di un preparato a base di fluoro invece di una medicina consueta; le cure prodigategli in ospedale non sono valse a salvarne la vita.

Il prof. L. Punsepp, titolare della cattedra di nerologia a Tarter (Dorpart), fu deportato in Siberia durante l'occupazione dell'Estonia da parte dei russi; non si sono più avute notizie nè di lui, nè di altri 60.000 suoi compatrioti pure deportati. Così P. Gentizon in « Mois suisse ».

A Copenaghen il prof. Jensen, uno dei più noti chirurghi della Danimarca, aveva appena iniziato un'operazione per appendicite, in una grande casa di salute (con 85 ricoverati), quando in questa si determinò un incendio. Egli con ammirabile abnegazione e freddezza d'animo continuò imperturbabile l'intervento, richiamando con l'esempio e la parola alla calma i suoi aiutanti. Solo quando l'operazione fu terminata egli si allontanava, non senza aver avuto cura di far trasportare in altro ospedale il malato, ancora profondamente narcotizzato.

È deceduto il 26 marzo a Basilea il prof. RUDOLF STAEHELIN, direttore di quella Clinica medica. Era nato nella stessa città il 28 agosto 1875; si era educato specialmente in Germania, ove era stato allievo di Friedrich von Müller e di altri eminenti clinici; aveva studiato anche in Inghilterra, dal fisiologo Starling. Le ricerche originali di Staehelin concernono in specie il ricambio organico in regioni alte, con dieta vegetale, per azione dell'estratto di carne di pesce (che egli dimostrò stimolare i reni), nella febbre, nella pinguedine, nel mixedema e sperimentalmente (nei cani) per effetto della tripanosomiasi e di varie diete (con Falta e con Grote). Un altro campo di studi fu dato dalle malattie degli organi respiratori: asma bronchiale, enfisema, malattie non tubercolari, tubercolosi ecc. Un terzo campo di studi riguardò le malattie cardio-vascolari; tra l'altro, S. ha dimostrato che la riduzione di pressione esterna non influisce sulla pressione ematica. Recentemente Staehelin ha avuto parte nel valorizzare i sulfamidici. Ha pubblicato 228 lavori e dalla sua clinica ne provennero moltissimi altri; comparvero prevalentemente negli « Helvetica Medica Acta » e nella « Schweizerische Medizinische Wochenschrift ». Stahelin è notissimo quale trattatista; il « Manuale » di Mohr e Staehelin, poi di Bergmann e Staehelin, ha avuto diffusione mondiale; il « Piccolo trattato di medicina interna » di Staehelin e di 14 altri autori, è giunto nel 1942 alla 5ª edizione.

Egli è stato di un'attività straordinaria, che pure gli lasciava tempo per consacrarsi alla musica.

Ebbe molte cariche, non richieste e non desiderate, tra cui quelle di decano della Facoltà medica e di rettore dell'Università.

A. P.

In seguito a incidente automobilistico, è deceduto a Torino, il 14 aprile, il prof. OTTORINO UFFREDUZZI, direttore di quella R. Clinica chirurgica. Era nato a Girgenti. Partecipò dal 1915 al 1918 alla guerra mondiale e da pochi mesi era tornato dalla Russia, ove prestò servizio nell'Amir, come generale medico, con alcuni suoi allievi.

Ci occuperemo prossimamente dell'insigne clinico.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Arch. It. di Chir., feb. — E. CALDARERA. Tiroiditi e strumiti acute. — G. COSENTINO. Tumori reticolo-endot. dei gangli linf.

Praxis, 28 genn. — H. v. WATTENWYL. Le emorragie ginecologiche. — F. WYSS-CHODAT. La vit. C in ginecol.

Presse Méd., 23 genn. — P. VALLERY-RADOT e al. Reni policistici.

Settim. Med., 15 nov. — A. GRECO. Trattam. delle nefriti con estratto di rene.

Rev. Méd. Suisse Rom., 25 genn. — L. BOVET. L'angoscia.

Deut. Med. Woch. 29 genn. — SCHREUS. Chemioterapia delle infezioni da anaerobi.

Giorn. di Clin. Med., 20 genn. — C. BIANCHI e P. MOLINARI-TOSATTI. Leucemia monocitica. — G. REGGIANI e N. DI PAOLA. Dopo un centinaio di Jacobaeus.

Rif. Med., 9 genn. — A. M. FIAMBERTI. Acetilcolina e schizofrenia. — R. CONTE MAROTTA. Ormoni sessuali e nefropatie.

Settim. Med., 6 dic. — A. PIRAINO. Epidemia di ittero d'origine idrica.

Min. Med., 6 genn. — Numero sull'apicolisi.

Presse Méd., 30 genn. — C. AUBERTIN. Digilanide C. — H. WELTI e G. LAPEYRE. « Psicosi » tiroidea e chirurgia.

Deut. Med. Woch., 5 feb. — WESTPHAL. Febbre speciale dell'Ucraina.

Münch. Med. Woch., 5 feb. — W. KIKUTH. Leishmaniosi interna.

Acta Med. Scand., I. — P. FROM HANSA e I. BEGTRUP. Vit. K. — M. FABER. Xerostomia. — T. LINDGVIST. Trattam. del morbo di Raynaud.

Rev. Clin. Españ., 30 dic. — M. MARINA FIOL. Duodenite e stasi duoden. — J. C. DE OYA. Trattam. del collasso.

Rif. Med., 16 genn. — G. GIBERTINI. Incompatibilità tra novocaina e sulfamide.

Arch. It. Chir., mar. — G. RINDONE. Struma limphomatoso (di Hashimoto) con ipertiroidismo.

Id., apr. — V. PITTINARI. Tumori dell'infanzia. — M. BATTEZZATI. Funzione epatica e ricambio idrico.

Praxis, 11 feb. — R. S. MACH. Sindrome epatorenale.

Klin. Woch., 9 gen. — J. KIMMIG. Acido amidobenzoico e sua azione sui sulfamidici.

Indice alfabetico per materie

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME L   Roma, 26 Aprile 1943 - XXI   Num. 17

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL «POLICLINICO» PER L'ANNO 1943

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 100	L. 145	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . . .	L. 155	L. 210
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . . .	L. 70	L. 80	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 155	L. 210
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile) .	L. 70	L. 80	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chir.) .	L. 200	L. 275

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 7; della PRATICA L. 5.

I numeri, che vengono tutti scrupolosamente spediti, se non reclamati entro un mese dalla loro pubblicazione, si rinviano soltanto a pagamento

☛ L'importo dell'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato, *senza tassa*, nel Conto Corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. 5.

SOMMARIO.

PROSPETTIVE

La moderna ortopedia di guerra in Germania; suoi compiti e suoi risultati.

Magg. med. dott. ALBERTO LORENZ, Vienna

La guerra d'oggi, totalitaria e meccanizzata, fa tendere verso il campo bellico tutte le attività umane, esaltandole al massimo potenziale. Ogni industria di pace si trasforma in industria bellica, e così pure la scienza medica diviene medicina di guerra, la chirurgia diviene chirurgia di guerra e le loro numerose specializzazioni divengono specializzazioni di guerra.

Pertanto la tecnica medica odierna deve adattarsi alle condizioni specifiche della guerra, e queste rappresentano sotto ogni riguardo un aumento di difficoltà nel lavoro, tanto per quel che riguarda l'oggetto da trattare, come pure il trattamento stesso. Per solito noi trattiamo le malattie più gravi nelle più sfavorevoli condizioni tecniche.

Prospettando l'*ortopedia di guerra*, data la vastità della materia, lo farò sotto forma di un indice seguito da spiegazioni.

Che cosa si intende per ortopedia? Essa è *la scienza che cura e guarisce le deficienze congenite ed ereditarie degli apparati di sostegno e di movimento del corpo umano*, cioè del tronco e degli arti. Fino a che punto è necessaria in questo campo una trasformazione condizionata alle esigenze belliche? Alcuni campi dell'ortopedia di pace vengono esclusi completamente: soprattutto il trattamento delle deformità congenite. I giovani che pervengono alla visita di leva possono avere subito nella loro infanzia una malattia ortopedica, guarita con operazione, e sono perciò perfettamente abili al servizio. Se la malattia non è perfettamente guarita ed ha lasciato una maggiore o minore limitazione delle capacità fisiche, gli individui sono abili al solo servizio sedentario o non lo sono affatto; non è però compito dell'ortopedia di guerra mutare qualche cosa a queste condizioni.

La profilassi delle malattie ortopediche è un campo molto importante dell'igiene pedagogica ortopedica negli anni scolastici, ma non riguarda in nessun caso, come si è detto, l'ortopedia di guerra, che non deve neppure aver a che fare con il trattamento cosmetico. Lo scopo più importante dell'ortopedia di guerra è di ristabilire nella maniera più completa e rapida possibile i lesionati, o, se questo non è possibile, ridurre al minimo le conseguenze della lesione. Quali sono i nuovi compiti dell'ortopedia di guerra? Le tarde ricadute di malattie ortopediche che erano completamente guarite in gioventù e che ora si riaffacciano in seguito a fatiche ne costituiscono un importante capitolo. Inoltre l'ortopedia di guerra si occupa di eliminare le conseguenze di esaurimenti causati dalla guerra. L'insieme degli strapazzi di guerra provoca uno stato di minor resistenza nel quale le vecchie malattie possono riaffacciarsi. Noi abbiamo esperienze di innocue malattie giovanili delle zone di accrescimento delle ossa che ridivampano con tutti i loro sintomi durante il servizio di guerra. Uomini fra i 30 e i 40 anni manifestano all'improvviso fenomeni che si notano nei giovanetti cresciuti troppo rapidamente, ma che si osservano solo raramente in coloro che crescono in tempo di pace.

Spetta all'ortopedia di guerra la guarigione ed il miglioramento di tutte quelle deformità e quei difetti causati dalle perturbazioni belliche. Il servizio sui mezzi motorizzati, il maneggio dell'artiglieria pesante e dei carri armati, dei mezzi siluranti, il lavoro dei genieri e dei pionieri portano con loro un gran numero di lesioni che le guerre passate conoscevano appena. Durante la guerra le fratture ossee avvengono sia per ferite da arma da fuoco, sia per infortuni. Le fratture ossee guarite difettosamente appartengono da molto tempo alla chirurgia ortopedica. Quando noi dobbiamo raddrizzare delle fratture mal « ridotte », preferiremmo avere in mano la frattura fin dal principio; e tale esigenza è più che logica. E sempre più si riesce ad ottenere che il trattamento delle fratture sia affidato dall'A alla Z ai chirurghi ortopedici. Questo trattamento delle ferite ha un aspetto specificamente bellico in quanto che la violenta demolizione del tessuto osseo e lo attraversamento del punto di frattura da parte delle schegge del proiettile provocano l'infezione e la gangrena, ritardando la guarigione, cose queste rare in tempo di pace. Se si presenta la pseudoartrosi, saldatura definitiva incompleta delle terminazioni ossee, il trattamento operatorio è parimenti compito del chirurgo ortopedico.

Ogni ferita delle estremità ed anche tutte le ferite alle giunture o in prossimità di esse provocano contrazioni, cioè posizioni difformi della giuntura colpita o delle sue vicinanze. La guarigione ed il miglioramento di queste contrazioni assume una tale importanza nell'ortopedia di guerra da divenire una specialità nella specialità, tanto che abbiamo già un ospedale speciale per le contrazioni. I mezzi per eliminare queste posizioni difettose sono in parte conservativi ed in parte operativi.

Le misure conservative consistono in ginnastica medica, massaggi e ogni tipo di fisioterapia. La ginnastica medica, specialmente, è un ramo modernissimo della terapia ortopedica ed è un esercizio fisico che evita tutte le monotonie dell'esercizio ginnastico ed assicura perciò quella serena collaborazione del paziente senza la quale il successo della ginnastica stessa è impossibile. In questo nuovo metodo è stato elaborato magistralmente il sistema di influenzare psichicamente il paziente per condurlo verso un lavoro fisico tranquillo, verso l'oblio della sua lesione. Se con questi mezzi conservativi non si perviene allo scopo e se le condizioni anatomiche sono tali che la terapia esercitativa non dà risultati, interviene l'operazione.

Un altro campo di lavoro dell'ortopedia di guerra e l'irrigidimento delle giunture, l'anchilosi. Questa è causata da ferite alle giunture o da suppurazioni che ritardano la rimarginazione delle superfici della giuntura, dalla prolungata posizione di riposo di esse necessariamente collegata ad una ferita ad un arto, ferita che è spesso lontana dalla giuntura ma che richiede un prolungato riposo. L'arte dell'ortopedia di guerra consiste nel sapere quando la giuntura potrà cominciare a muoversi, giacchè un trattamento motorio troppo affrettato potrebbe condurre a danni maggiori ed anche alla morte. Ripeto che le nostre armi sono la ginnastica medica, il massaggio e la fisioterapia, se non otteniamo alcun risultato con i nostri metodi conservativi, possiamo sempre ricorrere al bisturi.

Il trattamento delle paralisi, dalla paralisi infantile in poi, è compito dell'ortopedia di pace. La nostra esperienza fatta sull'argomento in tempo di pace, cioè la lotta contro le deformità, i piedi difettosi, la posizione flessa delle gambe ecc. conseguenze della paralisi infantile, ci è utile per combattere i medesimi difetti, che possono manifestarsi come conseguenza di una ferita d'arma da fuoco ai

nervi. Quando c'è speranza di poter saldare con un legamento le terminazioni nervose ferite, anche questo lavoro chirurgico spetta all'ortopedico.

Potrebbe suscitare meraviglia che formi parte importante dell'ortopedia di guerra la *tubercolosi delle ossa e delle articolazioni*, vasto campo dell'ortopedia di pace, giacchè gli affetti da tubercolosi delle ginocchia o della colonna vertebrale sono già a priori inabili al servizio. Intervengono però di nuovo a questo punto gli esaurimenti causati dalle fatiche di guerra. L'ortopedia di guerra deve trattare molti casi di questa tubercolosi ossea ed articolare, che si manifestano per la prima volta a causa degli strapazzi della guerra o che sono gravi ricadute di un leggero attacco della prima giovinezza. In tal caso i metodi di cura conservativi ed operativi dell'ortopedia di pace si trasferiscono completamente a quella di guerra.

I diversi fenomeni di insufficienza del piede — inabilità funzionale — parte dei quali sono noti del nome di « piede piatto », sono un problema non ancora risolto dalla medicina militare in genere ed in particolare dalla ortopedia di guerra. Anche in tal caso tutti i trattamenti chirurgici con i quali noi, in pace, cerchiamo di affrontare il problema, in guerra sono completamente aboliti. In guerra l'unico rimedio è nelle risorse che l'indiviluo può manifestare.

Come conclusione dobbiamo parlare delle amputazioni. L'operazione eseguita al campo, in condizioni precarie, su di un paziente esausto o ad una estremità gravemente infettata, solo in rari casi dà origine ad un moncone cui possa essere applicata la protesi, cioè ad un moncone che sia in condizioni di tollerare il peso del corpo durevolmente e senza disagio. Noi ortopedici, come costruttori di protesi, abbiamo la competenza di provvedere gli amputati di protesi adatte, perciò è logicamente necessario che anche l'amputazione spetti completamente all'ortopedico, esigenza che ha in questa guerra ampia e completa giustificazione. La plastica postoperatoria dei monconi operati sul campo è divenuta una specialità nella specialità, come nel caso del trattamento delle contrazioni. Ovunque esistono ospedali per amputazioni che si dedicano solo a questo compito e realizzano ottimi risultati.

Questo breve articolo non ha pretese: può solo raggiungere lo scopo di dare una pallida idea della mole, della vastità e della complessità del problema.

OSSERVAZIONI CLINICHE

DIVISIONE MEDICA
DELL'OSPEDALE CIVILE DI IMOLA
Primario Prof. Dott. SILVIO CORINALDESI

Meningite acuta colibacillare successiva a colecistite guarita coi sulfamidici.

SILVIO CORINALDESI

Si sa che il bacterium coli alberga abitualmente come saprofita nell'intestino senza determinare fatti patologici nell'individuo, finchè per circostanze speciali acquista una eccezionale virulenza e invade altri organi, passando nel circolo sanguigno o nel sistema linfatico per alterazione della mucosa intestinale.

La coli-bacillosi è certamente più frequente nella donna che nell'uomo ed è talora caratterizzata da disturbi gastro-intestinali, da febbre più o meno elevata, da lunga durata della malattia e da emocultura positiva abbastanza frequentemente con o senza colibacilluria. L'infezione poi si attenua ma resta spesso localizzata in un organo (vescichetta biliare - vescica crinaria pelvi-renale ecc.) e di tanto in tanto si potrà risvegliare con attacchi febbrili. Certi attacchi appendicolari che cedono facilmente a cure mediche, hanno probabilmente questa origine, e lo stesso può dirsi per alcune infiammazioni non gravi della colecisti. Talora però trovando quivi condizioni favorevli prolifererà dando luogo a forme cliniche anche gravi (setticemie) e potrà costituire uno dei principali fattori per la formazione dei calcoli biliari.

Comunque varie sono le localizzazioni secondarie del bacterium coli, benchè abbastanza rare, oltre a quelle delle vie orinarie e delle vie biliari; così esso si può localizzare anche nei polmoni (broncopolmoniti, ascessi polmonari), nella pleura (empiemi); nell'endocardio e nel pericardio; nelle menigi e nel cervello: tali localizzazioni si verificano con più frequenza nei bambini affetti da gastro-enterite.

Negli adulti tra le complicazioni che possiamo osservare nelle infezioni da bacterium coli, sono abbastanza rare quelle a carico del sistema nervoso e quindi esse hanno notevole importanza dal lato diagnostico, prognostico e curativo.

Per il particolare modo di insorgenza, per il decorso e per l'esito curativo, credo meriti segnalazione appunto un caso osservato recentemente nella Sezione Medica Donne dell Ospedale da me diretto e che intendo ora riferire:

Caso clinico: B. M., di anni 51, contadina, da Tossignano, viene ricoverata d'urgenza nella Sezione medica donne il 30 marzo 1942.

Nessun precedente importante risulta dalla anamnesi familiare in via ascendente e collaterale.

Nata a termine da parto eutocico, non ricorda d'aver sofferto malattie infantili; mestruata a 17 anni, ha avuto sempre mestruazioni regolari per tempo, quantità e durata. A 33 anni si è sposata con un uomo sano ed ha avuto quattro figli tutti viventi e in buona salute.

La paz. è stata sempre bene ed è soltanto nel 1936 e cioè circa sei anni fa che, dopo poco tempo da una gravidanza a decorso normale con parto pure normale, ha cominciato a soffrire di coliche prevalentemente dopo i pasti e di solito notturne che si ripetevano ad intervallo di due-tre mesi e che furono diagnosticate e curate come coliche epatiche. Nel 1939 persistendo le coliche ricorrenti, fu eseguito anche un esame radiologico del fegato e delle vie biliari senza però poter dimostrare la presenza di calcoli. Da allora in poi attenendosi strettamente a cure dietetiche e mediche indicate, non ha più avuto coliche ed è stata sempre abbastanza bene nonostante che per vincere la stipsi intestinale fosse obbligata a ricorrere spesso a purganti per lo più salini.

Il giorno 19 marzo 1942, mentre dal lavoro campestre ritornava a casa, senza causa apprezzabile fu colta improvvisamente da violenti dolori alla regione epatica con conati di vomito e con qualche brivido di freddo. L'alvo si fece diarroico, comparve itterizia diffusa e qualche linea di febbre.

Postasi a letto e chiamato il medico che prescrisse applicazioni calde all'ipocondrio destro e somministrazione di urotropina per os, si sentì migliorata. Senonchè il 22 marzo e cioè tre giorni dopo ebbe di nuovo intensi dolori e la temperatura si elevò sui 38° e l'ittero si fece un po' più intenso.

Nei giorni seguenti i dolori diminuirono di intensità ed anche l'ittero si presentò attenuato, ma la febbre invece aumentò a 38°,5-39°, comparve un esteso herpes al labbro superiore e inferiore e la paz. cominciò ad accusare dolori intensi prima al capo, poi al collo, lungo il rachide e alle gambe, tantochè i dolori le impedivano qualsiasi movimento.

A tali fatti si aggiunsero vomito insistente e qualche disturbo visivo (ambliopia) e intenso delirio. Persistendo, nonostante le cure, lo stato sempre grave fui chiamato d'urgenza a consulto notturno.

La paz. presentava sindrome indubbia di meningite e pertanto consigliai il ricovero immediato in Ospedale per ulteriore accertamento eziologico. E così il giorno 30 marzo l'a. venne ricoverata all'Ospedale.

All'esame obbiettivo generale praticato all'ingresso si notava: soggetto di colorito leggermente itterico con esteso herpes labialis, a posizione supina obbligata con tendenza all'opistotono, flessione degli arti inferiori sull'addome.

All'esame obbiettivo particolare risultava notevole rigidità della nuca con Kernig, Brudzinsky nettamente positivi, riflessi superficiali e profondi vivaci con iperestesia dolorifica, evidente dermografismo. Nulla di notevole all'apparato respiratorio e circolatorio.

Addome un po' tumido e dolente alla pressione specie in corrispondenza della cistifellea: fegato debordante quasi due dita dall'arcata costale. Milza palpabile un po' aumentata di volume. Temperatura 38,3: numero delle pulsazioni = 80 al m[1].

Nello stesso giorno 30 marzo viene subito praticata la puntura lombare; fuoriescono sotto pressione circa 20 cc. di liquido spinale con i seguenti caratteri: torbido, xanto-cromico, albumina 0,50 per mille; Pandy positivo, Nonne Apelt + — glucosio 0,40 per mille.

All'esame microscopico del sedimento: numerosi globuli bianchi polinucleati neutrofili: molti bacilli piuttosto corti ad estremi arrotondati intra ed extra cellulari, mobili, Gram negativi; sviluppo rapido in brodo con intorbidamento uniforme; scarso sviluppo in bile. Detti bacilli non sono agglutinabili con i sieri specifici del tifo e del paratifo A e B e si ritiene appartenenti al gruppo dei coli bacilli; fu pertanto praticato l'isolamento del bacillo dal liquido spinale e si ebbe agglutinazione positiva per il colibacillo 1:300-1:600.

All'esame dell'urina si notò: presenza di albumina in lievi tracce e di pigmenti biliari; all'esame microscopico del sedimento parecchi cilindri granulosi; molti globuli bianchi; molti bacteri e molte cellule di sfaldamento.

Decorso: Si inizia subito la terapia sulfamidica somministrando soltanto per os dieci compresse al giorno di tioseptale da gr. 0,50 l'una e continuando così per due giorni, associando fleboclisi glucosate. Già a distanza di 36 ore dall'ingresso, la temperatura era discesa al disotto dei 37°, mentre i fatti meningei più evidenti specialmente la rigidità nucale e il Kernig si facevano più attenuati e con essi anche la cefalea e il delirio diminuivano di intensità. In terza giornata per intolleranza gastrica le compresse di tioseptale furono sostituite quotidianamente da due iniezioni intramuscolari di 3 cc. l'una al 33 % e da una da 5 cc. endovenosa al 5 % sempre dello stesso preparato.

Una seconda rachicentesi praticata a 4 giorni dall'ingresso diede i seguenti risultati: fuoriuscita del liquido a pressione leggermente aumentata, lievemente torbido e xanto-cromico; albumina 0,50 ‰. Pandy positiva; Nonne Apert positiva; glucosio 0,40 ‰. All'esame microscopico del sedimento: discreto numero di mononucleari in parte linfociti, in parte cellule endoteliali, non bacteri, cultura in brodo negativa.

Contemporaneamente al miglioramento dei fatti meningei, si notava invece una discreta ripresa dei dolori alla cistifellea con fegato sempre debordante circa due dita dall'arcata costale e con qualche linea febbrile (37,4). Furono continuate un po' meno intensamente le cure sulfamidiche che vennero man mano sostituite da somministrazione per os di benzoato associato a salicilato di sodio, finchè il giorno 21 aprile l'a. sfebbrata da qualche giorno, completamente guarita dei fatti meningei volle essere dimessa dall'Ospedale, pur persistendo lievi fatti di colecistite.

Da notizie ulteriori apprese dal medico curante, è risultato che la paz. è stata poi sempre bene, pur persistendo i fatti benchè lievi di colecistite.

In complesso, durante la sua degenza furono somministrati 20 gr. di tioseptale per os e 12 iniezioni di cui 9 intramuscolari di 3 cc. l'una e 3 endovenose di 5 cc. l'una.

CONSIDERAZIONI.

Sulla diagnosi clinica della forma osservata non esistono dubbi, in quanto si ebbe la conferma bacteriologica e culturale dell'esistenza nel liquor del bacterium coli.

Come già dicevo, le forme meningee da bacterium coli si stabiliscono con più frequenza nei bambini che hanno quasi sempre dei disturbi intestinali, benchè siano stati descritti anche rari casi in adulti consecutivi ad altre infezioni.

La sintomatologia di queste forme non diversifica di molto da quelle di origine tubercolare. Per lo più in pieno benessere l'individuo colpito comincia ad accusare cefalea a tipo frontale, anoressia, febbre che si innalza progressivamente per raggiungere fino dai primi giorni gradi piuttosto elevati (38°-39°), vertigini, diplopia, asinergia dei movimenti oculari, lievi paresi del VII, rigidità nucale, iperestesia del tronco e degli arti, segni di Kernig, di Brudzinski, lingua impaniata con bordi arrossati, modico tumore di milza, vomito, sub-delirio e, nei casi gravi, paralisi del velopendolo, segni di paralisi respiratoria, crisi di soffocazione, morte.

Perciò che riguarda la *diagnosi*, presentando ambedue le forme sintomatologia e decorso pressochè identici, solamente con i caratteri del liquor estratto mediante puntura lombare potremo distinguere con relativa facilità le due forme. E ciò perchè nel liquor della meningite coli-bacillare, anche nei rari casi in cui questo non sia apparentemente torbido, si riesce ad intravvedere per trasparenza, subito appena estratto quasi sempre dei fiocchetti fibrinosi in sospensione, e nel sedimento si ritrova una maggiore quantità di globuli bianchi quasi tutti segmentati. Inoltre nel liquor tubercolare lasciato a se, dopo qualche ora a temperatura ambiente, compare spesso un reticolo fibroso a tela di ragno (reticolo del Mja) ciò che manca quasi sempre nei casi di meningite da bacterium coli. Infine ciò che stabilirà in modo sicuro la vera natura del processo meningeo, sarà l'esame bacteriologico. Con non rara frequenza si ritrova nel sedimento e dopo pazienti e ripetute ricerche il bacillo di Koch, mentre spesso nelle forme sospette coli-bacillari dal liquor seminato in adatti terreni si svilupperanno con relativa facilità colonie di bacterium coli in coltura pura.

Riguardo alla *prognosi* essa è stata sempre riservata per le meningiti da bacterium coli che, quasi sempre, almeno fino a qualche tempo fa, conducevano a morte il malato.

La nuova terapia sulfamidica ha trovato larga applicazione nelle infezioni da bacterium coli specie delle vie urinarie, dato che i sulfamidici si eliminano sopratutto attraverso l'apparato urinario. Ma, e l'esperienza l'ha già dimostrato, i sulfamidici sono da somministrare anche in tutte le altre manifestazioni e localizzazioni da bacterium coli comprese le meningee ove tanto le cure vacciniche che sieroterapiche da sole, vengono sorpassate dall'effetto curativo di tali nuovi preparati. Circa la via di somministrazione è da preferire, perchè la più attiva, la via orale a dosi frazionate; si dovrà rinunciare a tale via ricorrendo in tal caso a quella per iniezioni (parenterale od endovenosa) se tutti gli espedienti per far tollerare i sulfamidici per os dovessero fallire. Non è consigliabile l'iniezione endo-rachidea che può determinare gravi disturbi e produrre anche fatti di paraplegia totale o parziale e spesso paralisi degli sfinteri, osservata anche in un caso non da me curato, ma ricoverato in Ospedale quale postumo di iniezione endo-rachidea praticata altrove.

In conclusione il caso da me esposto meritava pertanto una segnalazione per due motivi principali: anzitutto per la rarità colla quale si osservano meningiti da bacterium coli e poi per il brillante risultato ottenuto con i sulfamidici che si sono dimostrati rapidamente attivi anche contro l'infezione da bacterium coli.

RIASSUNTO.

Viene descritto un grave caso di meningite coli bacillare, successiva a colecistite cronica riacutizzata, curata e guarita in pochi giorni con preparati sulfamidici.

Imola, 25 gennaio 1943-XXI.

BIBLIOGRAFIA.

BOSELLI A. Policl. Sez. Prat., aprile 1942.
FORNARA P. Gazz. Med. Ital., dicembre 1940.
GANDELLINI. A. Policl. Sez. Prat., ottobre 1942.
GERMAIN, PICARD. La Presse Méd., N. 83-83, 1940.
GUARINO A. Le colibacillosi, maggio 1941.
PONTANO T. Rif. Med., agosto 1942.

OSPEDALE SANATORIALE « G. MANAI » - BONORVA
del Consorzio Provinciale Antitubercolare
di Sassari

Elisione definitiva di una grossa caverna tubercolare del polmone trattata per due volte con l'aspirazione endocavitaria di Monaldi e controllata a due anni di distanza.

Dott. RODOLFO CENTO, direttore.

L'idea di trattare le caverne tubercolari del polmone mediante l'aspirazione endocavitaria proposta da Monaldi, sembrava in un primo

tempo dovesse naufragare sommersa dalla marea di critiche e di condanne. Il nuovo metodo di cura tuttavia era scaturito da esatte premesse teoriche, sicchè scrollate le prime incertezze, perveniva rapidamente ad un concreto successo.

Ampiamente illustrato dai lavori di Monaldi e collaboratori, ai quali rinvio per maggiori dettagli, l'aspirazione endocavitaria è preceduta da una fase operativa durante la quale viene introdotta nella caverna una sonda previa infissione transparietale di un apposito trequarti, in anestesia locale. La buona riuscita di questo intervento preliminare è subordinata alla presenza di estesa sinfisi attorno alla zona cavitaria, alla sua esecuzione sotto controllo radiologico ed alla posizione dell'infermo più adatta a localizzare la caverna.

Dopo lo speciale trequarti ideato da Bottari e Babolini in differenti misure, altri ne sono stati ideati più o meno adatti all'intervento (Abellò, Grass, Bournard e Francken, Schuberth, Weber ecc.); ma si deve a Morelli l'attuazione di un apparecchio centralizzatore particolarmente utile, specie nelle caverne di piccole dimensioni, in quanto agevola l'introduzione del trequarti mantenendolo orientato verso il centro dell'escavazione. Prima d'introdurre il trequarti può praticarsi una puntura esplorativa mediante un comune ago da pneumotorace; tale precauzione, utile anche per esplorare eventuali spazi pleurici rimasti pervî, è stata in seguito abbandonata da Monaldi, perchè responsabile di frequenti emorragie.

Eseguita l'infissione del trequarti entro la caverna ed estratto il mandrino, il soffio percepibile attraverso la camicia metallica rimasta in sito ne attesta l'avvenuta introduzione entro lo spazio cavitario; quindi s'immette la sonda e si estrae cautamente la camicia metallica in modo che l'estremità della sonda resti inclusa nella caverna.

Trascorse 24-48 ore di attesa, viene posto in funzione il sistema aspirativo consistente, nella sua forma più semplice adottata da Monaldi, in due bottiglie Mariotte in comunicazione mediante un tubo di gomma spessa saldamente innestato nel rispettivo foro inferiore. Ponendo a diverso livello le due bottiglie, delle quali la superiore sia ripiena di acqua, la caduta del liquido nella bottiglia inferiore determina un vuoto la cui capacità aspirativa viene sfruttata attraverso un tubo di gomma che collega alla sonda il foro superiore della bottiglia soprastante; in un tratto di detto tubo viene interposta una boccetta per la raccolta del materiale endocavitario aspirato attraverso la sonda.

Con tale sistema vengono a determinarsi continue oscillazioni, nell'intensità dell'aspirazione, in dipendenza delle differenti quantità di liquido presenti nelle due bottiglie di mano in mano che si svuota quella superiore. Nell'intento di realizzare un'aspirazione costantemente uguale e continua, sono stati ideati altri apparecchi regolabili mediante appositi dispositivi a valvola idrostatica (Orsi, Scoz, Jullien, Le Porz, Weber, Bottari, Canova, Zorzoli, etc.). Monaldi tuttavia ritiene l'aspirazione in regime discontinuo ed ineguale più utile ai fini del ripristino delle normali condizioni biologiche; pertanto egli, tranne in casi eccezionali (caverne difficilmente retraibili, vie bronchiali particolarmente ampie) preferisce il sistema aspirante attuato con le bottiglie di Mariotte ed una depressione endocavitaria oscillante tra — 15 e — 30.

Con detto sistema il grado di aspirazione è quindi proporzionale alla differenza di livello esistente fra le due boccie e può essere regolato a piacimento. Quando l'aria sottratta alla caverna supera quantitativamente nell'unità di tempo quella immessa dal bronco di drenaggio, l'aspirazione determina nello spazio endocavitario una depressione controllabile mediante un comune manometro ad acqua interposto nel tratto più adatto del sistema.

Essenzialmente è dunque il grado di ventosazione endocavitaria il principale fattore che determina i benefici risultati meccanici e biologici del trattamento.

Sistematiche ed inconfutabili le molteplici documentazioni cliniche, radiologiche, batteriologiche ed anatomopatologiche raccolte dalla Scuola Romana attraverso una vasta applicazione pratica, non lasciano dubbio alcuno sull'efficacia dell'aspirazione endocavitaria, il cui meccanismo d'azione è oggi acquisito alla fisiopatologia. In parte armonicamente coordinati ed in parte gradualmente successivi, gli effetti del trattamento possono essere riassunti in due categorie:

Effetti fisiomeccanici:

1) la detensione della caverna mediante lo sgretolamento dello strato caseoso che tappezza le pareti cavitarie, la successiva eliminazione dei detriti, la graduale e definitiva scomparsa del b. di Koch dal secreto proveniente dalla caverna;

2) la regressione degli addensamenti essudatizi pericavitari i cui umori patologici vengono aspirati dalla depressione endocavitaria attuata con l'aspirazione;

3) l'obliterazione delle vie bronchiali di drenaggio che può avvenire anche durante la riduzione volumetrica della caverna;

4) l'elisione dello spazio cavitario che viene sostituito, per progressione concentrica più o meno omogenea, dal tessuto atelettasico pericavitario che viene restituito alla sua funzione dalla ventosazione endocavitaria;

5) il ripristino della vascolarizzazione nel parenchima atelettasico pericavitario, con aumento del calibro dei vasi prima collabiti e rallentamento della corrente sanguigna.

Effetti biologici:

1) Il progressivo ritorno a valori normali del Ph e dell'equilibrio fisico-chimico dei tessuti;

2) la comparsa di tessuto granuleggiante a livello delle pareti cavitarie con successiva connettivazione e trasformazione fibrosa;

3) il beneficio generale dell'organismo, con aumento del peso corporeo, normalizzazione della temperatura, della velocità di sedimentazione e dei valori globulari, conseguenza evidente della disintossicazione dell'organismo che segue di pari passo la eliminazione dei prodotti patologici.

I mirabili risultati raggiunti in varie centurie di casi trattati, in contrasto con un gruppo piuttosto sparuto d'insuccessi, hanno confermato in Italia ed all'estero la fondatezza dell'impostazione dottrinaria concepita dall'Artefice.

L'illustrazione di un caso isolato nel quale si è ottenuta la totale elisione di una caverna gigante, mediante l'aspirazione endocavitaria di Monaldi, potrà dunque apparire superflua; ma la classica fisionomia d'indicazione, il particolare decorso e sopratutto l'eccezionale esito, persistente anche oggi a distanza di due anni dal trattamento, mi hanno indotto alla pubblicazione, considerando questo risultato una briciola non priva di qualche interesse.

Quale strumentario mi sono servito di un comune trequarti e di una sonda Nelaton n. 16. Quanto al complesso aspirativo mi ha corrisposto egregiamente quello costituito da due bottiglie di Mariotte da 5 litri, le quali venivano intercambiate quando l'acqua era totalmente defluita dalla bottiglia superiore in quella inferiore; un rubinetto a tre vie, intercalato fra il tappo occludente la bottiglia soprastante ed il tubo di raccordo con la sonda, mi ha permesso di bloccare a piacimento l'aspirazione e di far comunicare il tubo di gomma con l'esterno oppure con un manometro ad acqua. Nell'ultimo periodo a detto sistema aspirante ho sostituito una palla di pressione a valvola invertita.

Riferisco ora diffusamente la storia dell'inferma trattata.

D. Giovanna, di anni 26. Ammalata dall'agosto 1937. Entra in questo Sanatorio il 31 luglio 1938, trasferita da altro Istituto dove nel gennaio 1938 le è stato iniziato pnt. S. per lesione ulcerosa dell'apice. Durante la riespansione del polmone (novembre 1939) un'immagine cavitaria va mano mano sostituendo un piccolo infiltrato che interessava l'apice D. Ripetute punture esplorative eseguite a scopo pneumoterapeutico in questo lato danno esito negativo per sinfisi pleurica totale. Essendosi l'ulcerazione trasformata in una caverna gigante (rad. 1) si propone l'aspirazione endocavitaria di Monaldi.

Rad. 1. (20 febbraio 1940). — Prima dell'aspirazione endocavitaria.

Prima d'iniziare il trattamento l'inferma presenta: stato generale alquanto scaduto e tossiemico, tosse con abbondante espettorato Koch +. T. normale. peso Kg. 41,700, Gl. rossi 3.800.000 velocità di sedimentazione al Wastergreen 35 mm. dopo un'ora. All'ascoltazione del torace respiro anforico, pettoriloquia afona e rantoli bollari di tutte le dimensioni sulla proiezione del lobo superiore.

Il 27 febbraio 1940, sotto controllo radioscopico, si procede all'immissione della sonda previa infissione del trequarti in corrispondenza del 3° spazio sull'emiclaveare; quindi, controllata la posizione del tratto endocavitario della canula, questa viene opportunamente fissata alla parete toracica con garza e cerotto che vengono poi sostituiti ogni 2-3 giorni. Trascorse 24 ore viene applicato il sistema aspirativo.

Nei primi due giorni si ha fuoriuscita di abbondante secrezione densa, purulenta, discretamente ematica ed intensamente Koch +. Nella prima decade la T. si mantiene subfebbrile con mx. di 38°,2. Nella seconda decade il secreto endocavitario diviene più fluido e diminuisce notevolmente. Nel contempo la T. si normalizza in modo stabile.

Nei giorni 11-17 e 23 aprile viene praticato, sotto tenue pressione, lavaggio della cavità con soluzione sulfamidica al 5 %; l'operazione provoca ogni volta modica tosse e reazione termica transitoria sino a 38°,5.

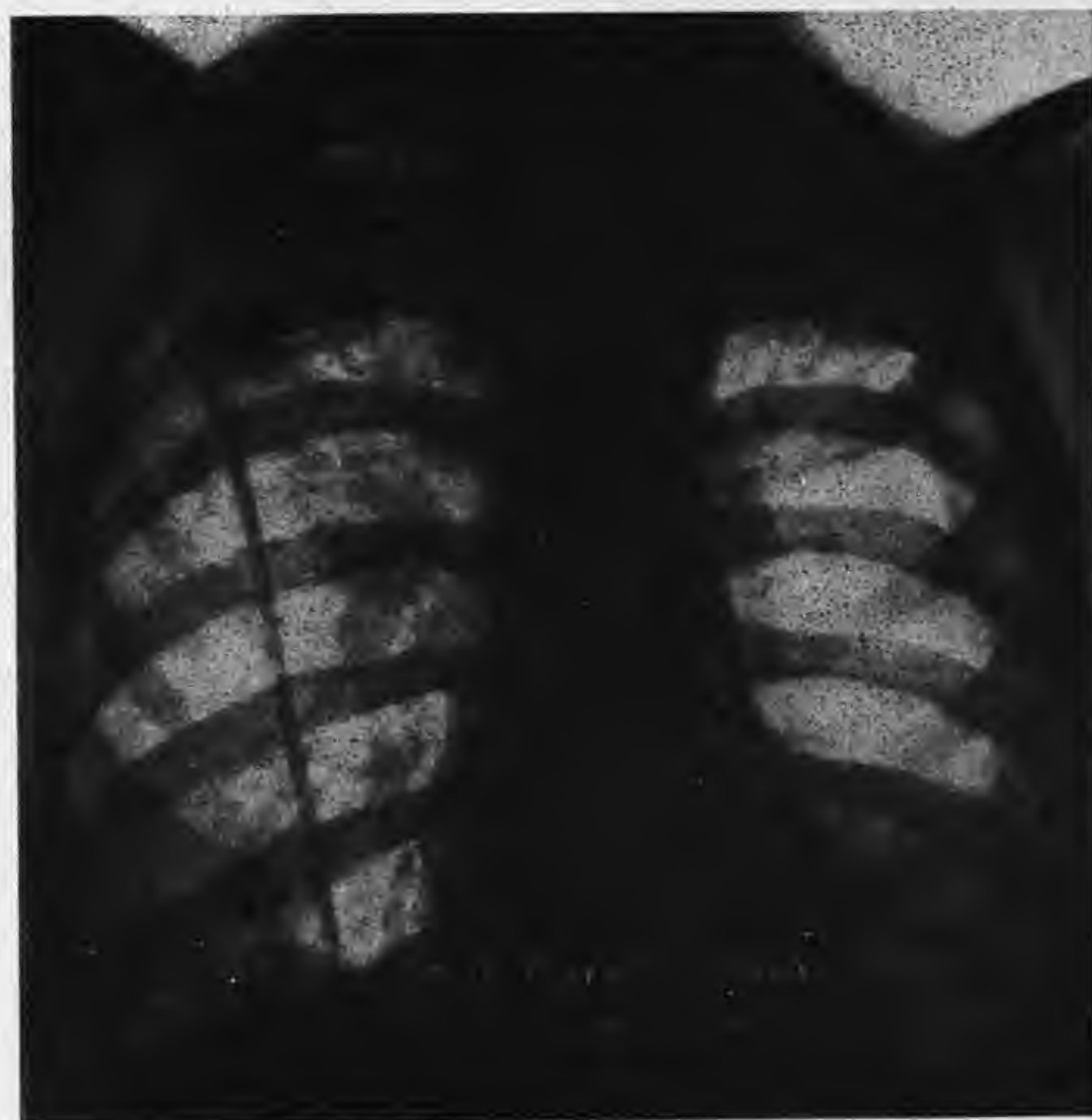
RAD. 2. (24 aprile 1940). — A 55 giorni dall'inizio del trattamento.

Il 24 aprile l'esame radiografico (rad. 2) denota già un'avanzata riduzione volumetrica dell'immagine cavitaria nell'interno della quale apparicchimento. Gl. rossi 4.000.000, V. di S. 25 mm. al Westergreen in un'ora. Invariato il reperto clinico. Continua l'aspirazione endocavitaria curando di non oltrepassare al manometro valori di — 20 di depressione; d'altronde la stessa inferma esclude il sistema aspirativo mediante l'apposito rubinetto durante la notte ed ogni qualvolta percepisca dolore da eccessiva depressione endocavitaria.

Nei giorni successivi, con rapidità sorprendente, si è assistito alla progressiva riduzione dell'escavazione sino all'elisione (rad. 3) ed alla quasi totale scomparsa dell'espettorato orale e della secrezione proveniente dalla cannula. Tuttavia viene ancora continuata saltuariamente l'aspirazione che funziona soltanto sotto tosse.

Il 18 giugno 1940 lo stato generale dell'inferma è sempre invariato e la T. normale. La scarsa secrezione, raccolta dalla sonda in precedenza, risulta Koch negativa anche all'esame culturale eseguito su quattro terreni di Petragnani. All'ascoltazione persistono rantoli a scroscio, ma sono scomparsi il respiro anforico e la pettoriloquia afona. All'esame radioscopico l'immagine cavitaria risulta sostituita da un opacamento massivo nel cui interno non è più possibile riconoscere residui cavitari. Pertanto il 18 giugno 1940 viene estratta la sonda. Ne residua tragitto fistoloso, attraverso il quale si percepisce modico soffio espiratorio sotto i colpi di tosse, e che non tende alla cicatrizzazione malgrado le medicazioni giornaliere.

Nella prima decade di settembre l'inferma viene afflitta nuovamente da tosse con scarso escreato mucoso e nei frequenti controlli radioscopici si è potuto assistere alla ricomparsa dell'immagine cavitaria nella stessa sede precedente. La caverna progredisce nelle dimensioni e pertanto il 5 otto-

RAD. 3. (30 maggio 1940). — A 92 giorni dall'inizio del trattamento.

RAD. 4. (10 ottobre 1940). — Ripresa del trattamento aspirativo.

pare modico livello liquido. Lo stato generale si mantiene invariato e la T. normale. L'espettorato orale ed il secreto proveniente dalla sonda, ulteriormente ridotti nella quantità, hanno assunto aspetto sieroso e risultano Koch negativi anche in

bre 1940 viene introdotta nuovamente la sonda con l'aiuto di uno specillo scannellato; quindi si applica immediatamente il sistema aspirativo (rad. 4). Non segue alcuna reazione termica. La scarsa secrezione proveniente dalla sonda nonchè l'e-

screato raccolto risultano costantemente Koch negativi.

Nei giorni 10, 20, 30 ottobre vengono praticate, attraverso la sonda, instillazioni di alcuni cc. di soluzione di allume al 2 %. La riduzione della cavità è rapidissima ed il 4 novembre risulta nuovamente elisa. Questa volta tuttavia l'apparecchio aspirante viene mantenuto applicato per qualche tempo ancora, malgrado che la caduta d'acqua si sia arrestata definitivamente, anche sotto tosse, il 14 novembre.

Il 20 novembre l'apparecchio aspirativo viene sostituito da una palla di pressione a valvola invertita.

Il 15 dicembre, in ragione di un cm. al giorno, viene iniziata la graduale estrazione della sonda che viene mantenuta sempre collegata al sistema aspirativo costituito dalla palla di pressione anzidetta. Mano mano che viene estratta la sonda vengono instillati giornalmente 1-2 cc. della già nominata soluzione di allume. Il 21 dello stesso mese la sonda è estratta totalmente. I colpi di tosse non provocano nè fuoriuscita di materiale, nè soffio espiratorio attraverso il forame il quale si chiude e cicatrizza in tre giorni. Ne residua nicchia a stampo.

Lo stato generale dell'inferma è molto migliorato con un peso corporeo di Kg. 45.400; non tosse, qualche sputo mucoso. Gl. rossi 4.300.000. V. di S. al Westergreen 25 mm. dopo un'ora. L'esame obittivo denota: un discreto grado di abbassamento del cingolo scapolo-omerale, rientramento della regione parietale supero-anteriore ed espansione ridotta a carico dell'emitorace D.; modica ipofonesi sulla metà superiore ivi e respiro broncovescicolare con rantoli secchi in ed espiratori. All'esame radiologico tenue opacamento in sede apicale e subapicale D. (rad. 5).

Questo stato di cose non subisce variazioni e di conseguenza, dopo un sufficiente periodo di osservazione, l'inferma viene dimessa il 13 agosto 1941.

RAD. 5. (27 dicembre 1940). — Dopo l'aspirazione endocavitaria.

L'inferma è ritornata il 28 dicembre 1941, il 20 maggio ed il 18 ottobre 1942 per visita di controllo.

Dalla dimissione è stata sempre bene, soltanto ha sofferto di frequenti raffreddori. Lo stato generale è pressochè invariato anche nell'ultima visita e lo scarso escreato costantemente Kochnegativo. Anche il reperto clinico è immutato e l'esame radiologico (rad. 6) denota un ulteriore rischiaramento delle parti alte bilateralmente.

Contemporaneamente a quello descritto, ho sottoposto all'aspirazione endocavitaria un altra inferma nella quale l'esito registrato è stato sfavorevole non per insufficienza del metodo, bensì per gavità della forma clinica.

Non sarà inopportuno darne un breve ma fedele sommario.

RAD. 6. (18 ottobre 1942). — A due anni di distanza data fine dell'aspirazione endocavitaria.

N. Gesuina, di anni 24. Stato generale notevolmente tessiemico e deperito; T. febbrile. Ampia caverna del lobo superiore bilateralmente e diffusione a piccoli e medi nodi sull'ambito sottostante.

Viene iniziato trattamento di aspirazione endocavitaria a D. il 3 aprile 1940. Subentra un lieve miglioramento generale ed al 30° giorno la grossa caverna risulta alquanto ridotta di volume. Degna di nota l'osservazione che mentre l'espettorato è sempre Kochpositivo, il secreto endocavitario, notevolmente ridotto e più fluido, da tale data in poi risulta sempre Kochnegativo all'esame bacilloscopico.

Il 7 maggio 1940 viene associata aspirazione anche a S. mediante derivazione separata dallo stesso complesso aspirativo. Segue un aggravamento d'ordine generale con aumento di volume a carico d'entrambe le caverne e manifestazioni di tbc. intestinale.

Il 15 luglio viene abbandonato il trattamento aspirativo bilateralmente. L'inferma decede il 14 settembre 1940.

Senza alcuna intenzione di voler capovolgere in un successo quello che si è risolto in un

esito sfavorevole, pure mi sembra di poter asserire che anche in questa inferma un tentativo di miglioramento si è senza dubbio verificato all'inizio del trattamento; la scomparsa poi del b. di Koch dal secreto proveniente dalla caverna di D., in contrasto con la persistenza dell'espettorato bacillifero, è stato un chiaro segno dell'avanzata detersione. Forse una maggiore esperienza nel trattamento avrebbe potuto determinare un diverso decorso.

Comunque questo insuccesso passa in sottordine di fronte all'eccezionale risultato raggiunto nel caso illustrato in precedenza e di cui al titolo di questa nota. In esso vanno sottolineati i seguenti effetti:

1) La definitiva, contemporanea scomparsa del b. di Koch dal secreto endocavitario e dall'espettorato nel giro di 55 giorni, a caverna non ancora collabita;

2) l'elisione della zona cavitaria e la sua ricomparsa a breve distanza di tempo dopo il 1° periodo di trattamento;

3) l'obliterazione rapida e definitiva della caverna durante la ripresa del procedimento aspirativo.

Che la scomparsa del b. di Koch nel liquido endocavitario possa avvenire in tempo molto breve è già stato ampiamente documentato ed è questo il primo segno tangibile dell'efficacia dell'aspirazione endocavitaria. Tale evenienza, a caverna non ancora collabita, testimonia l'avvenuta detersione a livello delle pareti cavitarie e si verifica in breve tempo, come nel caso mio, quando la zona cavitaria è isolata e circondata da parenchima bene conservato.

Quanto alla riapertura della caverna, questo inconveniente incombe sugli esiti del trattamento aspirativo di Monaldi ed anzi costituisce l'argomento principale delle critiche.

Il fattore determinante la ricostituzione delle caverne trattate con l'aspirazione endocavitaria è quello stesso dal quale dipende la progressione delle caverne non sottoposte ad alcun trattamento: le vie bronchiali di drenaggio.

L'elisione permanente delle caverne sottoposte al procedimento di Monaldi dipende infatti dalla definitiva obliterazione anatomica del bronco o dei bronchi di drenaggio.

A miglior conoscenza di questo importante problema si rendevano anzitutto necessarie dimostrazioni autoptiche sulla possibilità e sulle modalità di obliterazione delle vie bronchiali di drenaggio. Tale dimostrazione anatomo-patologica in casi trattati con il trattamento aspirativo è stata fornita da Panà e Bottari, Berblinger, Partearroyo; questi AA. hanno potuto constatare al tavolo anatomico l'avvenuta chiusura del lume bronchiale per un processo di endobronchite proliferativa.

Un ulteriore apporto di fondamentale valore pratico è fornito dalle ricerche di Chiodi e Gemmi mediante l'immissione di olio iodato nel recesso cavitario; ottenendosi con tale mezzo d'indagine la visualizzazione delle vie bronchiali di drenaggio, gli AA. hanno potuto controllare radiograficamente la progressiva obliterazione ed accertarne la chiusura. In base al complesso dei casi studiati, Chiodi e Gemmi hanno stabilito che i bronchi di drenaggio possono venire eliminati parallelamente all'elisione della caverna ed in taluni casi fortunati già durante la riduzione volumetrica. In altri casi invece, e sono la maggioranza, la via bronchiale persiste anche dopo l'elisione della caverna e l'obliterazione definitiva può avvenire protraendo il trattamento aspirativo. Viene così messo in luce che la riapertura delle caverne è da attribuirsi principalmente all'abbandono precoce dell'aspirazione.

Anche nel caso che ho illustrato devesi presumere che il bronco di drenaggio, rimasto pervio ed in comunicazione con il tramite fistoloso, ha dovuto essere la causa determinante la ricostituzione dell'escavazione; ne è testimonio il soffio espiratorio che si percepiva chiaramente attraverso il forame fistoloso sotto i colpi di tosse.

In un ultima categoria di casi invece, la chiusura definitiva delle vie bronchiali di drenaggio, forse per particolare costituzione anatomica, non viene raggiunta anche quando l'aspirazione viene protratta per lungo tempo; in questi casi viene pertanto compromesso l'esito del trattamento in quanto persiste attorno alla estremità della sonda un residuo cavitario suscettibile di ricostituirsi in caverna qualora venga abbandonato il procedimento aspirativo.

Nell'intento di determinare la chiusura artificiale delle vie bronchiali di drenaggio Monaldi, in uno studio condotto con i collaboratori Mesiti e Baffoni, ha proceduto al riempimento del residuo cavitario e del primo tratto dei bronchi con una sostanza a carattere tamponante e sclerosante; l'applicazione pratica di questo promettente procedimento di particolare interesse, sembra corrispondere all'indirizzo teorico come risulta da alcuni casi clinici illustrati da Monaldi in una recentissima pubblicazione.

Da quanto sopra appare l'importanza della sistematica visualizzazione delle immagini cavitarie durante l'aspirazione endocavitaria; certamente la riapertura delle caverne diverrà un inconveniente sempre più raro di pari passo al perfezionamento della tecnica e specialmente

se non si procederà all'estrazione della sonda prima che non sia stata raggiunta la dimostrazione radiologica dell'avvenuta obliterazione delle vie bronchiali di drenaggio.

Nella mia paziente l'insuccesso segnato dopo il primo periodo di trattamento sarebbe divenuto definitivo se fosse seguito uno sfiduciato abbandono della cura; la ripresa dell'aspirazione e l'impiego di qualche accorgimento hanno invece condotto alla rapida e stabile obliterazione della caverna e del bronco di drenaggio; a tal uopo mi è sembrato efficace, alla fine del trattamento, l'applicazione di un modico regime aspirativo applicato in permanenza, la estrazione graduale della sonda, e l'instillazione nel tramite fistoloso di una soluzione al 2% di allume.

La conferma della definitiva elisione cicatriziale della caverna trattata è fornita infine dalla stabilità del reperto radiologico e della negatività dell'espettorato a due anni di distanza dalla fine del trattamento. Può invero ancora accadere la riapertura della caverna, ma è più verosimile pensare che ciò non debba ormai verificarsi per lo meno nella stessa sede precedente.

A parte la dovizia di viventi risultati conseguiti da Monaldi e collaboratori, nonchè da altri numerosi Autori, l'insperato esito raggiunto nel caso illustrato in questa nota mi sembre sufficiente per affermare che l'aspirazione endocavitaria, quanto mai efficace, segna una nuova tappa nella cura della tubercolosi cavitaria. Quanto è avvenuto in un caso può ripetersi in tanti altri ed il soddisfacente decorso in nuovi casi che ho tuttora in trattamento conferma la mia convinzione.

Come fa rilevare opportunamente Monaldi, non bisogna dimenticare che l'aspirazione endocavitaria, nella gran parte dei casi, è stata applicata «su individui per i quali si era rinunziato ad ogni terapia attiva o perchè inapplicabili i varî mezzi collassoterapici o perchè erano stati tutti o in gran parte esperimentati senza successo». E' ovvio che parallelamente alla circoscrizione delle forme trattabili, l'esito debba divenire via via migliore; sarebbe infatti assurdo voler pretendere favorevoli risultati laddove la distruzione del parenchima polmonare ed il profondo decadimento generale hanno ridotto l'organismo in un rudere senza alcuna minima possibilità di recupero. Questa opportuna selezione di casi da sottoporre al procedimento aspirativo di Monaldi costituisce un'altra importante condizione che non può e non deve essere dimenticata.

All'avvenire il compito di perfezionare le direttive tecniche e cliniche, di consigliare l'estensione del metodo ed all'occorrenza l'opportunità di associare altri interventi collassanti od operativi proporzionati prima o dopo il trattamento; al presente il dovere di riconoscere la reale efficacia di questo nuovo sistema di cura che è fonte inestimabile di speranza e di vita per tanti sofferenti cui altrimenti altro non resterebbe che attendere la risoluzione del loro tragico destino.

RIASSUNTO

Dopo aver esposte schematicamente le direttive tecniche nonchè gli effetti fisiomeccanici e biologici dell'aspirazione endocavitaria di Monaldi, l'A. illustra la storia clinica di un'inferma nella quale, dopo un primo periodo con questo trattamento, si è assistito all'elisione di una grossa caverna ed alla sua ricostituzione nella stessa sede precedente; ripresa l'aspirazione endocavitaria, l'escavazione è scomparsa nuovamente ed in modo definitivo come dimostra il controllo eseguito a due anni di distanza dalla fine del trattamento.

Dopo essersi soffermato sulle cause che possono aver determinato la riapertura della caverna, l'A. riconosce al nuovo metodo di Monaldi una reale efficacia nella cura delle caverne tubercolari del polmone.

Nota. Per la bibliografia completa consultare: Monaldi, « *Fisiopatologia della tbc. polmonare* », 3ª ed. (1941) «Studium Urbis», Roma; id. «*Tentativi di chiusura dei bronchi di drenaggio della caverna applicati al metodo di aspirazione endocavitaria* », Ann. Ist. C.Forlanini, n. 7-8 1942; id. « *L'aspirazione endocavitaria nelle sue attuali direttive pratiche* », Medicina e Biologia, vol. I.

STORIA DELLA MEDICINA

Eponimo del vibrione colerigeno. Vibrione di Koch? Ovvero vibrione di Pacini-Koch?

Dott. UGO FAUCCI, Livorno

Quando, per indicare il vibrione colerigeno, non si adoperano, come ordinariamente si usa, le denominazioni: *vibrione del colera* e *vibrione colerigeno*, oppure le meno comuni: *commabacillo* e *bacillo virgola*, e si unisce nella denominazione del microrganismo il ricordo di chi ne fece la scoperta, esso in tal caso si trova sempre chiamato *vibrione* di Koch, giammai *vibrione* di Pacini-Koch.

Questo tuttora continua ad accadere, non ostante che, da ben venti anni oramai, Luigi Castaldi abbia invocato di adottare quest'ultima più giusta dizione, in riconoscimento della scoperta che Filippo Pacini (1812-1883) fece di quel germe nel 1854, e quantunque da più di dieci anni Giuseppe Sanarelli (1864-1940) l'abbia reclamata, in armonia con la verità storica, a conclusione dell'esauriente dimostrazione — ampiamente svolta nel trattato « Il Colera», comparso nel 1931 — con la quale accertava, che il vibrione trovato nel lontano 1854 dal Pacini, deve essere identificato con quello isolato e coltivato da Roberto Koch (1843-1910) nello studiare il colera in Egitto nel 1883.

Tale identità era invero stata già asserita, ma non così inoppugnabilmente provata — benchè riposasse sul fondamento di preparati originali del Pacini, che si erano a lungo potuti conservare — dal suo ex scolaro Corrado Tommasi-Crudeli (1834-1900), nel Congresso internazionale di Medicina di Copenhagen del 1884, allorchè egli rivendicò per primo la priorità della di lui scoperta, quasi a riparazione del mancato assegnamento del premio di 10.000 lire dell'Accademia dei Lincei, conferito ad altri dalla Commissione che lo aggiudicò con la sua partecipazione; premio che avrebbe sollevata l'onorata povertà del vecchio Maestro, inetto a procacciarsi lauti guadagni, perchè tutto assorto nel suo lavoro di ricerca.

E non ottenerlo fu per l'infelice Pacini acerbo dolore, che più non l'abbandonò finchè visse. A ragione aveva fiduciosamente creduto di meritarlo quando, avendo deciso di partecipare al Consorso bandito dalla detta Accademia, vi si era presentato con la Memoria « Del processo morboso del colera asiatico » (Firenze, 1879), che diceva essergli costata 25 anni di dure e lunghe fatiche e di rischiosi sacrifici.

Forse per confortarsi dell'incomprensione che lo circondava, aveva profetizzato che un giorno sarebbe venuto nel quale — così amaramente predisse — « i (suoi) lavori scientifici (sarebbero) dall'Europa tornati a Firenze abbigliati alla foggia straniera ». Allora soltanto avrebbero avuto « il permesso di entrare nelle scuole ». Ma « allora — soggiungeva con rassegnata tristezza — noi saremo nel placido riposo di Trespiano ».

Se queste dolenti parole testimoniano che era ben conscio dell'alto valore di quanto aveva fatto, potrebbero d'altra parte indurci a ritenere che, ammaestrato dalle dolorose vicende occorsegli nel passato, non s'ingannava punto sulla sorte che anche questa volta gli sarebbe toccata e che era ben preparato a subirla; ma la cupa tristezza nella quale, dopo l'esito del concorso, piombò e che quasi ne sconvolse la ragione, è prova che la delusione sofferta fu veramente atroce.

⁂

Se, come concordemente convennero lo stesso Tommasi-Crudeli, il Castaldi ed il Sanarelli, l'opera del predecessore, poichè la ignorò completamente, nulla può togliere al merito insigne del Koch, la cui scoperta, piena e completa, fu del tutto indipendente, non è d'altra parte tuttavia men vero, che quella anteriore del Pacini si può ben dire senza tema di esagerazione, che ebbe addirittura del prodigioso, sia per l'epoca, sia per il modo della sua effettuazione.

Per l'epoca, inquantochè, se anche con la rivelazione della natura botritica del «calcino» — gloria di Agostino Bassi (1773-1856) oggigiorno alfine universalmente riconosciutagli — la «microparassitologia» fosse con essa nata da quasi un ventennio, della « batteriologia medica » vera e propria — della quale tale rivelazione deve pure considerarsi l'originaria radice, perchè preparò la mente di Luigi Pasteur (1822-1895) a svelare il parassitismo della *pebrina*, nei cui studi questo costituì « le trait d'union entre les fermentations et les maladies contagieuses » (Vallery-Radot) — sempre era allora da attendere perfino il primo cominciamento e quindi di nessuna malattia si era ancora potuta dimostrare l'origine batterica. Ond'è che, per quanto il fatto non sembri avvertito, la scoperta del Pacini resulta esser stata effettivamente la prima di tutte quelle riguardanti l'etiologia delle malattie infettive e fu perciò realizzata allorchè sulle loro cause regnava il mistero; perciò è col vibrione colerigeno che comincia la storia dei batteri patogeni, della « batteriologia medica », disciplina che, per il suo rapido e meraviglioso sviluppo, avveratosi nel giro di pochi lustri, pervenne a penetrar di sè l'intera patologia.

Essa, benchè fosse il più genuino frutto del metodo sperimentale, nel Pacini connaturato in quanto antico e prezioso retaggio della Scuola Medica Toscana — delle cui gloriose tradizioni egli, sulle orme di Felice Fontana (1730-1805), fu degno continuatore — e il risultato della più

rigorosa e sagace osservazione, a tal punto fu contrastata, che per nessun'altra delle sue feconde fatiche egli tanto ebbe a patire quanto per questa, nella sua vita che sempre fu contristata dall'avversione, di continuo opposta alla sua instancabile attività innovatrice. Nemmeno valsero a farla apprezzare come meritava, nè il rigore irreprensibile dei procedimenti adoperati nelle ricerche, nè il corredo di prove che l'avvaloravano, che neppure il più geniale sperimentatore sarebbe stato in quel tempo in grado di offrire più grande.

Massimamente in Firenze, dove le sue indagini si svolsero, trovò la più decisa opposizione in Maurizio Bufalini (1787-1875) il quale, con la sua potente personalità, dominava l'ambiente medico.

L'alta mente dell'ammirato « legislatore del metodo » — cui devesi, secondo la sentenza di Augusto Murri (1841-1932), se la medicina, seguendo il suo ammonitore consiglio di scrutare, smesso ogni *a priori*, ingenuamente la natura, « si rinnovò e seguiterà a rinnovarsi » — era rimasta fedele al concetto, da secoli tradizionale, che le cagioni delle malattie epidemiche bisognasse esclusivamente ricercarle nelle vicissitudini cosmo-telluriche (« Pat. anal. » P. 3ª Etiologia).

Indotto da codesto motivo a respingere la « dottrina parassitaria delle infezioni » (l. c.), si era perciò preclusa la via unica che conduceva alla comprensione della reale natura del contagio, mentre appieno l'aveva intesa il Pacini, della dottrina medesima fervido propugnatore.

Deviato così dal retto sentiero l'indirizzo della sua mente, era fatale che il Bufalini dovesse creder vana e fallace la giusta idea che guidava costui e giudicasse « oziose curiosità » le sue severe investigazioni, come le disse. Di maniera che il conflitto fra i due celebri Maestri fu inevitabile e inconciliabile. Sopravisse infatti alla stessa morte del Bufalini, prolungandosi nella polemica che il Pacini sostenne, acre e pungente, con Carlo Ghinozzi (1811-1877), suo successore nella cattedra e da lui « prescelto come principale rappresentante della sua scuola ».

Prodigiosa la scoperta fu pure per il modo subitaneo della sua realizzazione. Possiamo affermarlo, poichè era immediatamente compiuta, se non addirittura nel primo, certamente nei primi 4 casi del morbo studiati. E ciò permise l'eccellenza del metodo d'investigazione.

Rivolgeva dapprima il Pacini la sua attenzione all'intestino, all'organo che nel colera più mostrasi sconvolto nella sua funzione e che « il più ovvio buon senso », come diceva, suggeriva di esaminare avanti di ogni altro. Qui rinveniva le peculiari lesioni — la caduta dell'epitelio e dei villi — che la sua somma perizia d'istologo gli aveva tosto permesso di ben precisare. Poichè dalle loro caratteristiche era stato persuaso ad ammettere, che dovessero attribuirsi a « qualche essere organizzato », che solo poteva aver la capacità di produrre « quell'opera di distruzione », dall'aver in esse constatato miriadi di vibrioni traeva argomento a supporre che gli stessi vibrioni fossero la loro cagione.

Se il vibrione colerigeno veniva in tal maniera quasi di colpo trovato e la razionale ipotesi della sua causale relazione colla malattia studiata era senz'altro formulata, ma con la dovuta riservatezza, come la prudenza esigeva, soltanto assai più tardi l'ipotesi diveniva esplicita affermazione, confermata infine da un quarto di secolo di meditazione e di studi.

Qualora il divario che correva, fra il pensiero innovatore che inspirava il Pacini e le dominanti concezioni patologiche che ad esso opponevansi, non fosse stato profondo com'era, l'inattesa verità da lui annunciata non avrebbe sollevato il fiero contrasto che generò e non sarebbe rimasta misconosciuta. Se non potè esser creduta fu appunto perchè le menti non erano affatto preparate per riceverla. Se al contrario i tempi fossero stati maturi per accoglierla favorevolmente, come sarebbe avvenuto nell'avvenire, avrebbe potuto esser facile la via del trionfo, ma in tal caso non rappresenterebbe più quella mirabile anticipazione del futuro, quale ora ci appare esser stata.

Che tale fosse è riprova il giudizio del Koch.

Egli accomunò in una stessa sentenza di condanna (« *Conferenz zur Erörterung der Cholerafrage* » [Zweites Jahr] [Deut. med. Woch., 1885, n. 37 A pp. 1-60]) — estendendo, imprudentemente per l'analogia che poteva soltanto supporre, un giudizio giusto per gli altri ma non per lui — i lavori del Pacini, che non conobbe e che hanno vittoriosamente sfidato il tempo, con le farneticazioni di Julius Klob (1831-1879), di Ernst Hallier (1831-1904) (delle quali fece sommaria giustizia Anton de Bary [1831-1888]) e di tanti e tanti altri consimili visionari i quali, trasgredendo le norme più elementari della tecnica pur rudimentale dell'epoca, avevan ravvisato e raffigurato nei germi più comuni — od anche nelle formazioni più varie, che ne avessero assunte le simulatrici parvenze — il preteso agente patogeno del colera. Ma poi, seppur involontariamente ed in modo indiretto, esaltò il valore dell'opera sua, come più efficacemente non sarebbe stato possibile di fare a nessun altro, allorchè affermò recisamente (l. c.), che coi mezzi ottici dei quali il Pacini poteva disporre e col semplice esame microscopico, senza cioè isolarlo con la cultura, non era « assolutamente possibile » individuare il vibrione colerigeno.

Orbene, poichè l'impossibile avvenne, quale elogio potrebbe di questo esser maggiore e da chi più autorevolmente proferito?

Il Pacini risalì al parassita dalle particolari alterazioni anatomiche che ne postulavano la

esistenza. Ben sapendo di non poterlo isolare con la cultura, deliberava di rinunziare di tentarla. Preferiva invece « per distinguerlo da tanti milioni di bacilli », di cercare « di sorprenderlo nella sua opera di distruzione e di nidificazione ». Cercandolo e ricercandolo in quelle lesioni, ivi costantemente lo ritrovò. Così, come l'avvenire ha poi dimostrato, pervenne ad individuarlo. L'acume della mente supplì la povertà dei mezzi.

***

Se per un ben fondato sentimento di giustizio è da credere, che nessuno potrebbe ardire di chiedere, pretestando la priorità del Pacini, che il nome del Koch non dovrebbe andar più congiunto con quello del vibrione colerigeno, da lui scoperto indipendentemente da qualsiasi estraneo aiuto; per lo stesso motivo come si potrebbe consentire, che dovesse continuare a rimanerne escluso il nome del Pacini, che quel medesimo microrganismo scopriva, quasi trent'anni prima, con tanto impari mezzi che il Koch, per la loro insufficienza, aveva ritenuto « assolutamente impossibile » gli fossero stati bastevoli?

***

L'appellativo di vibrione di Pacini-Koch, da lungo tempo proposto da Luigi Castaldi e da Giuseppe Sanarelli per denominare il vibrione colerigeno, appar giusto ed appropriato, come quello che riconosce ugualmente il merito di entrambi gl'insigni scopritori. Per il Pacini, adottarlo è poi anche opera di riparazione, sventuratamente soltanto postuma ed inadeguata, perchè egli per la benefica sua fatica non ebbe, come il fortunato scienziato tedesco, premi ed onori, ma solo le amarezze dell'incomprensione, doloroso retaggio dei precursori.

RIASSUNTO

L'A. ha cercato di mettere in risalto la singolare incongruenza, per la quale avviene che, mentre è concordemente ammessa la scoperta del vibrione colerigeno mirabilmente effettuata da Filippo Pacini nel lontano 1854, da nessuno è poi stata ancora adottata la denominazione di vibrione di Pacini-Koch, da lungo tempo proposta da Luigi Castaldi e da Giuseppe Sanarelli per designare l'agente patogeno del colera, appellativo che di quella scoperta dovrebbe attestare il riconoscimento.

Ciò ha fatto sperando, che richiamare l'attenzione sulla lamentabile sconcordanza possa equivalere ad ottenere che essa abbia a cessare e che sia così alfine reso allo sfortunato ricercatore pistoiese l'onore che gli è dovuto.

Noi curiamo gli ammalati non le malattie.
GUIDO BACCELLI.

SUNTI E RASSEGNE

RENI E VIE URINARIE.

Sulla patogenesi dell'albuminuria.

(E. ZAMBELLI, *Min. Med.*, 22 settembre 1942).

In questa interessante rivista sintetica sulla patogenesi dell'albuminuria, lo Zambelli, dopo brevi cenni storici, esamina criticamente, in base ai numerosissimi dati della letteratura recente e meno recente, i principali problemi relativi a questo classico e complesso argomento. Tali problemi sono: l'origine delle proteine urinarie, la natura renale o extrarenale dell'albuminuria, il luogo di eliminazione dell'albumina, la natura secretoria o filtratoria di questo fenomeno fisiopatologico.

L'albumina urinaria proviene dalle proteine del sangue: infatti si verificano fenomeni di precipitazione ponendo a contatto siero umano e precipitine ottenute iniettando albumina urinaria in animali da esperimento (Erben, Mertens, Ulenhut); non solo, ma le proteine urinarie risultano analoghe a quelle plasmatiche per quanto riguarda la pressione osmotica (Widdowson, Kasawa e coll.), lo spettro di assorbimento (Smith), il potere rotatorio (Ewit) ecc. Molti AA. (Fischer, Kellaway, Davies e Williams, Bloch e Einstein) ritengono però che una parte più o meno grande delle proteine urinarie provenga dal parenchima renale; altri ancora (Teissier, Andrews e Thomas) ritengono che una parte di esse possa provenire dal parenchima epatico. Quest'ultima eventualità sembra da escludersi, almeno in patologia umana, e la precedente da ammettersi con molta riserva, nel senso cioè che talora processi degenerativi renali possano dar luogo al passaggio di minime quantità di proteine renali nell'urina.

La questione se il passaggio di molecole proteiche dal sangue nell'urina dipenda da lesioni del rene o da alterazioni delle proteine ematiche, alterazioni tali da condurre alla loro eliminazione in quanto sostanze estranee, attraverso il filtro renale — la questione cioè della natura renale o extrarenale dell'albuminuria — viene risolta dallo Zambelli nel senso che l'albuminuria va sostanzialmente considerata come di natura renale: sempre, quando v'è albuminuria, esistono lesioni renali o almeno alterazioni circolatorie a carico del rene. Tra i sostenitori della natura extrarenale dell'albuminuria vanno ricordati: Kollert e Starlinger, i quali pensano invece a un aumento del fibrinogeno plasmatico e ad un contemporaneo abbassamento della soglia renale per il fibrinogeno; Munch e collaboratori, i quali suppongono che l'albuminuria del le nefrosi dipenda da una trasformazione della sierina in globulina e consista nell'eliminazione di detta globulina. Entrambe queste ipotesi tuttavia non reggono alla critica.

Altri numerosi ricercatori, sempre nel concetto che l'albuminuria, almeno nel caso delle nefrosi, possa dipendere da alterazioni delle proteine plasmatiche, hanno creduto di dimostrare tale ipotesi, nell'uomo e negli animali, sia mediante diete iperproteiche protratte, sia mediante somministrazione per via parenterale di proteine eterogenee; ma i risultati probativi delle ricerche di alcuni AA. sono stati contraddetti da quelli delle ricerche di controllo da altri eseguite; per cui tale questione, pur essendo di grande interesse, va considerata ancora « sub judice ». Del resto a togliere importanza ai fattori extrarenali in confronto di quelli renali nella genesi dell'albuminuria sta il fatto ben noto che vi sono malattie non renali con alterazioni notevoli delle proteine plasmatiche, eppure senza albuminuria.

Altrettanto controverso appare quest'altro problema: se le proteine plasmatiche passino nell'urina a livello dei glomeruli o a livello dei tubuli renali: l'ampio materiale sperimentale fornisce anche qui dati in favore dell'una e dell'altra ipotesi; sembra però giusto ammettere, anche in base a considerazioni di ordine anatomico (esilità delle pareti dei capillari gromerulari), che l'eliminazione di albumina avvenga in grande prevalenza a livello dei glomeruli e che essa possa aver luogo anche a livello dei tubuli, ma in piccola parte e soltanto allorchè, come nelle nefrosi, vi siano gravi lesioni dei tubuli stessi.

L'ultimo argomento discusso in questa rivista sintetica è quello della natura secretoria o filtratoria dell'albuminuria : se cioè le cellule renali diano luogo, con un'attività secretoria loro propria, al fenomeno o se invece questo si riduca più semplicemente ad un processo fisico di filtrazione. La prima ipotesi, pur essendo sostenuta da vari AA., quali Lichtwitz, Epstein, Bloch e Einstein e altri, sembra la meno verosimile; mentre la seconda poggia solidamente sui moderni risultati sperimentali delle ricerche sulle frazioni proteiche urinarie e sulla circolazione glomerulare: le alterazioni infiammatorie e sclerotiche della membrana glomerulare, l'aumento della permeabilità vasale generale, le lesioni degenerative dei tubuli sono sufficienti a spiegare il passaggio delle molecole proteiche dal sangue nell'urina mediante un meccanismo di filtrazione, sia nelle nefriti acute, sia nelle forme nefrosclerotiche, sia nelle nefrosi.

Alle conclusioni sui vari argomenti suddetti l'A. giunge non solo studiando la letteratura relativa, ma anche in ragione di quanto egli ha potuto vedere con numerose ricerche personali. A. B.

Diagnosi, indicazioni e cura conservativa della tubercolosi renale e vescicale.

(H. HEUSSER. *Praxis*, 20 dicembre 1942).

La tubercolosi delle vie urinarie è sempre una localizzazione secondaria. Dal focolaio primitivo i bacilli tubercolari arrivano, quasi esclusivamente per via ematica, agli organi urinari dove si localizzano regolarmente nei reni. Nella maggior parte dei casi la tubercolosi renale resta unilaterale per lungo tempo, ciò rende possibile una efficace cura chirurgica. La tubercolosi delle vie urinarie non si limita mai ad un solo organo ma, se non si interviene a tempo, si estende all'intero sistema delle vie urinarie. La tubercolosi delle vie urinarie può richiamare l'attenzione in modo brusco e repentino, con una ematuria o con un accesso di coliche (pensare sempre alla tubercolosi e fare le relative ricerche se dopo una colica renale non si rinviene un calcolo nell'urina) oppure provoca disturbi più vaghi e graduali in forma di frequente stimolo alla minzione, dolori brucianti e senso di spasmo molesto alla fine della minzione, urine torbide e talora leggermente ematiche. L'esame obbiettivo locale è di solito negativo; un tumore renale si palpa solo nei casi avanzati, manca una sensibilità locale alla pressione, per lo meno nei primi stadi. L'urina contiene poca albumina che di rado supera il ½ %; la reazione è quasi sempre acida. La urina per l'esame va prelevata nella donna col catetere, nell'uomo col metodo dei due bicchieri. L'esame microscopico mostra nel sedimento leucociti ed eritrociti: la presenza di tali elementi mentre mancano i batteri deve far sospettare la tubercolosi, lo stesso reperto si può però talora avere anche in casi di calcoli e tumori e nella cosiddetta « piuria abatterica ». La presenza di strepto o stafilococchi o di coli nella urina non basta a fare escludere la tubercolosi. Per dimostrare i bacilli tubercolari nel sedimento si ricorre alla colorazione di Ziehl, al metodo dell'arricchimento o alla inoculazione alla cavia: l'ultimo metodo si riserverà a quei casi in cui la scarsa quantità di bacilli rende opportuno un arricchimento biologico. Non si confondano i bacilli di Koch con quelli dello smegma, anche essi acidoresistenti ma più tozzi e non ammassati nel modo tipico di quelli: l'esame dell'urina estratta con il catetere fa evitare l'errore. Per la ricerca dei bacilli tubercolai è necessario esaminare una gande quantità di urina, per lo meno 200-300 ccm.; meglio la quantità delle 24 ore, che si lascia sedimentare: dopo 24 ore si preleva il sedimento con 10-20 ccm di urina e si centrifuga. Naturalmente si avrà cura di evitare che i bacilli tubercolari arrivino dell'esterno nei recipienti con l'urina (sputi di tubercolosi). Se ricerche ripetute non dimostrano bacilli di Koch nella urina, la tubercolosi delle vie urinarie diventa molto poco probabile: in rari casi però si può trattare di rene tubercoloso le cui vie di deflusso sono ostruite, oppure di infezioni miste così virulente da sopraffare i bacilli tubercolari. Il reperto positivo di bacilli di Koch nella urina dimostra con sicurezza che il paziente porta

un focolaio tubercolare caseoso nei suoi organi urogenitali. Nella maggior parte dei casi l'organo ammalato è il rene; si deve però anche pensare alla possibilità di una tubercolosi genitale. La diagnosi differenziale tra tubercolosi renale e genitale si può fare nella donna solo con la cistoscopia, nell'uomo con molta verosimiglianza anche con la prova dei due bicchieri o con il cateterismo vescicale. La palpazione di alterazioni tubercolari nei genitali maschili non esclude affatto la tubercolosi renale che nel 70 % dei casi sarebbe accompagnata da lesioni genitali. La eliminazione urinaria di bacilli di Koch comporta un grave pericolo di contagio per i familiari. Per determinare se sia ammalato un rene solo o tutti e due, se anche la vescica partecipi alla malattia e in quale stadio questa si trovi, si ricorre alla cistoscopia, al cateterismo ureterale, alla prova dell'indaco-carminio e alla dimostrazione di contrasto retrograda. Solo nei casi in cui a causa di raggrinzimento vescicale o di altri ostacoli non sia possibile una esplorazione endovescicale, si ricorrerà alla urografia. Sempre quando sia sicuramente ammalato di tubercolosi uno dei reni e l'altro sicuramente sano, è urgente la nefrectomia: il rene malato va estirpato, per quanto piccolo ed iniziale possa essere il focolaio tubercolare, se la urina contiene bacilli e pus. Nei casi in cui l'urina non contenga nè leucociti nè eritrociti, la maggior parte degli urologi preferiscono una cura conservativa, sorvegliando però e controllando di continuo il paziente. In caso di affezione di tutti e due i reni la estirpazione di uno di essi sarà indicata solo se esso è fortemente leso mentre l'altro lo è in grado lieve. La cura conservativa integra quella chirungica e la sostituisce nei casi in cui quest'ultima non è indicata. Per alcuni è utile un soggiorno in montagna, in altri casi questo è controindicato: così p. es. per i nefrectomizzati in cui il rene residuo sia nefrotico o nefritico e per i pazienti con vescica ammalata molto sensibile. Alimentazione abbondante e corroborante: liquidi nè troppo scarsi nè troppo abbondanti, per evitare sia una iperdistensione della vescica, sia una sua irritazione da parte di urine troppo concentrate. Nei primi mesi dopo l'operazione i pazienti devono essere sorvegliati di continuo, e anche poi controllati periodicamente per lungo tempo, badando soprattutto alla possibilità di lesioni tubercolari genitali. La tubercolosi della vescica migliora spontaneamente quando si è asportato il rene ammalato e cessa la immissione di urina bacillifera. Nei non operati invece, se ammala di tubercolosi anche il secondo rene, la vescica continua a causare dolori e frequente stimolo alla minzione, ciò che turba il riposo e il sonno del paziente. La tubercolosi della vescica si cura con farmaci per bocca e con medicazioni locali. I primi sono il bleu di metilene (3 volte 1-2 pillole da 5 ctg.), il salolo dato intermittentemente (evitare la urotropina che irrita la parete vescicale) e gli alcalini (3 volte un cucchiaino raso di bicarbonato sodico, magnesia usta e citrato sodico a parti eguali). Contro i tormentosi spasmi della vescica antipirina, piramidone ,belladonna. P.

ATTUALITÀ

La febbre ucraina.

(K. WESTPHAL. *Deutsche Medicinische Wochenschrift*, 5 febbraio 1943).

Durante la guerra attuale come nella precedente i medici tedeschi hanno avuto occasione di osservare con molta sorpresa che nella Polonia orientale e nei territori della Russia Sovietica si verificano un gran numero di malattie febbrili sconosciute nell'Europa centrale ed occidentale.

Così nell'Ucraina orientale sono stati rilevati numerosi casi di affezione febbrile acuta di tipo affatto speciale che non si può inquadrare in nessuna delle sindromi morbose finora descritte.

Il rilievo di tale malattia fu del tutto occasionale. Si notò che alcuni pazienti venivano ricoverati negli ospedali contumaciali con diagnosi di tifo esantematico, quantunque non ne presentassero la sintomatologia tipica; e, fatto più importante, poco dopo guariti di questa malattia erano colpiti dal tifo esantematico nella sua forma classica. Ciò fece supporre che la prima manifestazione infettiva fosse una malattia diversa dal dermotifo. Una più accurata osservazione dei fatti clinici ed epidemiologici confermò la giustezza di questa supposizione.

L'inizio della malattia è improvviso, quasi esplosivo. Dal pieno benessere e senza alcun sintomo prodromico i pazienti sono colpiti da febbre che rapidamente raggiunge i 39-39,5 ed anche i 40. Solo talvolta si ha forte brivido. Contemporaneamente si ha forte cefalea diffusa a tutta la testa, grave senso di malessere, talora un certo ottuntimento del sensorio. La cefalea permane tormentosa per 5-6-10 giorni, per lo più per tutto il periodo febbrile. Si può avere anche un leggero meningismo con accenno di rigidità nucale. Non si hanno mai gravi disturbi psichici, nè insonnia pronunziata. All'opposto di quanto si riscontra nella febbre volinica e nell'influenza mancano forti dolori nelle altre parti del corpo, ad eccezione di qualche leggero dolore al dorso ed ai polpacci. Tali dolenzie non hanno nulla di comune con i dolori ai lombi e alle coscie dell'influenza e con i dolori periostei alle coscie e alle gambe o a tipo ischialgico della febbre volinica. Manca anche la sensibilità alla pres-

sione del terzo inferiore della tibia così caratteristica di quest'ultima malattia.

Al primo, quarto o quinto giorno compare nel 70 % dei casi un esantema e nell'80 % un notevole ingrossamento della milza. La frequenza del polso al primo giorno è relativamente bassa (90-100 battiti al minuto). Così che al principio l'improvviso aumento della temperatura con bradicardia, l'esantema e il tumore di milza rendono facile lo scambio con il tifo esantematico.

Ma l'esantema in effetti è più tenue e anche più fugace. Consta di macchie di colore rosa pallido, mai rosso scuro, grosse come grani di miglio tutt'al più come semi di lino, che impallidiscono sotto la pressione e non hanno nessuna tendenza all'emorragia. Questo esantema maculoso, poco papuloso è in genere diffuso alle parti superiori del tronco, specie alle arcate costali, talvolta alle braccia e mai alla testa. Come si è detto, è molto fugace: dura uno o due giorni, di rado tre o quattro giorni. Talvolta è accompagnato da particolari sensazioni. Non si è mai notato un enantema, ma talvolta fu solo rilevato un leggero arrossamento delle fauci e alle tonsille, nonchè qualche segno di bronchite e tracheite.

La tenuità e fugacità dell'esantema e la sua assenza agli avambracci, al palmo delle mani, alle estremità inferiori come anche la mancanza della tendenza all'emorragia costituiscono criterii sufficienti per la diagnosi differenziale con il tifo esantematico, per quanto bisogna tener presente che in numerosi casi di questa malattia l'esantema è poco pronunziato e può anche mancare.

Il tumore di milza, con bordo duro e tagliente, può essere rilevato con la palpazione e la percussione, talvolta fino ad un dito e mezzo trasverso dell'arcata costale: dura per tutto il periodo febbrile.

La curva febbrile della durata di 6-10 giorni presenta remissioni mattutine più o meno pronunziate. In genere al 7° giorno la temperatura serale raggiunge appena i 38°, per tendere nei giorni successivi alla norma. Con il 12° giorno si ha sempre apiressia.

La frequenza del polso, come si è detto, non ha alcuna correlazione con il grado della febbre. Anche la pressione ha tendenza ad essere bassa. Non si riscontrò mai nulla a carico del cuore.

La formula leucocitaria presenta spesso una leucopenia e talvolta eosinofilia; la velocità di sedimentazione rimane di regola inalterata.

Le urine non contengono albumina nè cilindri. La diazoreazione è spesso positiva.

La convalescenza è per lo più lunga (2-3 settimane) perdurando il senso di astenia e di stanchezza.

La prognosi è in genere buona; non si rilevarono mai complicazioni.

In complesso la sindrome è caratterizzata da febbre alta a carattere remittente della durata di 7-10 giorni, con relativa bradicardia, leucopenia o leucocitosi normale, tumore di milza, esantema fugace, diazoreazione positiva, cefalea intensa.

La reazione Weil-Felix, data la durata della malattia, non può dare utili criterii per la diagnosi. Comunque essa risulta sempre negativa, tranne qualche caso nel quale fu debolmente positiva. In modo analogo si comportano le sieroreazioni per il tifo e i paratifi.

Data la benignità della prognosi la terapia deve limitarsi alla somministrazione di antinevralgici per sedare la cefalea. DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

F. LEJEUNE. *Leitfaden zur Geschichte der Medizin*. Editore G. Thieme, Lipsia. Prezzo R.M. 7,87.

Questo piccolo ma succoso volume vuole essere una specie di orientamento alla storia della medicina.

Le singole tappe dello sviluppo dell'arte sanitaria sono messe in collegamento con i contemporanei fatti storici di maggior rilievo, per modo che ci si può rendere conto come ed in quanto gli eventi civili influirono sul pensiero scientifico in genere e su quello medico in ispecie.

L'edizione molto accurata è ricca di numerose figure, riproducenti per la maggior parte le effigie dei pionieri della scienza medica.

DR.

F. LESRCH. *Il carattere*. Casa Editrice Cedam, Padova. Prezzo L. 60.

Il libro che vede ora la luce in Italia per la traduzione del prof. Carlo Berlucchi, era già molto diffuso. Esso rappresenta quanto di più organico si sia presentato in fatto di caratterologia, e costituisce perciò il libro tipicamente didattico per questa disciplina.

La caratterologia che ha rielaborato in forma sistematica e quindi con carattere scientifico tutte le cognizioni empiriche intorno alla natura e alla struttura delle varie personalità umane e dei diversi elementi che la compongono, ha assunto negli ultimi tempi un enorme importanza non solo teorica ma anche per le sue applicazioni pratiche.

Il libro perciò del Lersch sarà di grande utilità non solo per psicologi e psichiatri ma per tutti coloro che si occupano dei problemi della scuola, dell'orientamento e della selezione professionale.

La lettura di questo libro, per altro, è gradevole per i frequenti riferimenti ai vari aspetti dell'anima umana ed alle manifestazioni artistiche che in tutti i tempi hanno cercato di individualizzare e dar risalto ai vari tipi.

La traduzione, fedele e precisa, sarebbe risultata più chiara se fosse stata aiutata da una migliore veste tipografica. DR.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA

L'ipertensione di origine renale.

L'ipertensione arteriosa può essere provocata dall'ischemia renale determinata in varii modi: compressione vasale, riduzione del parenchima renale, atresia dei vasi parenchimali. La soppressione delle cause dell'ischemia fa ritornare rapidamente la tensione entro i limiti normali. Ma, osserva A. Bernard (*Paris Médical*, 20 nov. 1941), questo effetto manca se l'ipertensione è divenuta maligna o se nel contempo si sono sviluppati altri fattori extrarenali che mantengono elevata la tensione.

L'esistenza di questi fattori extrarenali è dimostrata dal fatto che non tutte le lesioni renali sono accompagnate da ipertensione. Si deve perciò supporre che vi sia un meccanismo regolatore che mantiene bassa la tensione e la cui carenza provoca l'ipertensione.

In effetti quando l'ipertensione coincide con il restringimento vasale di un solo rene, la nefrectomia non l'elimina sempre. Non è dubbio che v'ha una causa extrarenale dell'ipertensione o anche un'ischemia dell'altro rene.

In pratica quindi la lesione di un solo rene non costituisce un'indicazione operatoria assoluta. Braasch, Walters e Hammer hanno trovato che la nefrectomia riduce l'ipertensione nel 70 % dei casi di pielonefrite atrofica, nel 50 % dei casi di tubercolosi renale, nel 25 % dei casi di calcolosi, d'idronefrosi o di neoplasia renale.

La nefrectomia dà risultati migliori della nefrotomia seguita per lo più da ipertensione dovuta probabilmente a nefrite o pielonefrite.

Nei bambini gli effetti sono più sicuri e duraturi forse per la minore frequenza di cause extrarenali d'ipertensione.

Nei casi di nefrite con piccoli reni rossi la ipertensione è dovuta alla fibrosi perirenale: la guaina fibrosa comprimerebbe il rene, impedirebbe lo sviluppo della circolazione collaterale e contribuirebbe così all'ischemia renale.

L'ipertensione senza lesioni renali è probabilmente dovuta a spasmi vasali, qualche cosa di analogo all'angina spasmodica coronaria, che provocherebbe l'ischemia del rene e la secrezione interna di renina e d'ipertensina.

Dr.

Contributo alla conoscenza della patogenesi dell'esoftalmo unilaterale.

J. Adams-Ray e S. G. Sjöberg (*Acta medica Scandinav.* fasc. V, 1942) hanno voluto provare il blocco del ganglio stellato nell'esoftalmo unilaterale di origine ipertiroidea, partendo dal concetto che se esso avesse come patogenesi una eccitazione del simpatico con conseguente contrazione dei muscoli oculari, come alcuni sostengono, quest'intervento dovrebbe far scomparire o almeno ridurre l'esoftalmo. Nei tre casi in cui essi bloccarono il ganglio stellato si poteva escludere sicuramente un esoftalmo da tumore e si doveva pensare ad una tireotossicosi, perchè tutt'e tre avevano aumento del metabolismo basale.

I risultati furono nulli nei riguardi dell'esoftalmo, mentre in tutt'e tre i casi si ebbe evidente miosi. Questo metodo era stato scelto dagli AA. colla speranza di poter avere un mezzo di differenziare l'esoftalmo di origine ipertiroidea dall'esoftalmo di altra natura; ma i risultati ottenuti escludono che questo sia un mezzo utilizzabile a scopo diagnostico.

I risultati negativi si possono spiegare in due modi: o perchè è sbagliata la teoria che l'esoftalmo dipenda dal simpatico o perchè si tratta ormai di un'alterazione tanto stabilizzata da non essere più regredibile.

L.

TERAPIA

La cura della meningite epidemica.

L'uso terapeutico dei sulfamidici ha radicalmente cambiato gli esiti della cura della meningite epidemica, la quale in precedenza offriva poche speranze di successo, perchè neppure con la sieroterapia si poteva ottenere una apprezzabile diminuzione della mortalità. Ciò risulta anche da osservazioni di R. E. Mark (*Med. Welt.*, 31 maggio 1941) il quale, approfittando della recrudescenza epidemica della meningite che si è verificata durante la guerra, potè istituire indagini comparative sui vari metodi di cura, sopra un gruppo di 120 casi, di cui più della metà molto gravi. Il confronto del decorso della malattia (a partire dall'inizio della terapia), dell'andamento della temperatura, della presenza o meno di complicazioni ecc. ha dimostrato che l'uso dei sulfamidici porta un notevolissimo miglioramento dei resultati terapeutici. Con l'albucid la febbre in generale cede dopo circa 4 giorni, più spesso per lisi che per crisi, indipendentemente dalla via di somministrazione del preparato (orale, endovenosa, lombare); il *liquor* si rischiara, le reazioni di Nonne e Pandy diventano negative, la velocità di sedimentazione ritorna normale. Gli esiti complessivi risultano dal seguente prospetto:

Medicamento: Albucid; N. dei casi, 48; Guarizioni: 98 % (40); Durata della osservazione 47 giorni;

Medicamento: Sulfapiridina; N. dei casi, 39; Guarigioni: 87 % (33); Durata della osservazione: 61 giorni;

Medicamento: Siero e puntura lombare (senza sulfamidici); N. dei casi, 30; Guarigioni: 42 % (13); Durata della osservazione: 64 giorni:

Per la rilevante diminuzione della mortalità e la mancanza di disturbi e complicazio-

ni l'A. conclude che in ogni caso, anche solo sospetto, di meningite epidemica, è doveroso istituire una cura sulfamidica quanto più precoce è possibile e preferibilmente per via intralombare. M. P.

La cura della lambliasi.

La *lamblia* o *giardia intestinalis* è un protozoo flagellato che si riscontra frequentemente nelle feci dell'uomo. Fu osservata per la prima volta nel 1861 da Loewenhoek, e ritrovata e descritta dettagliatamente nel 1859 da Lambl, un medico di Praga.

La sua azione patogena è stata molto discussa e messa in dubbio, anche perchè non si è riusciti a coltivarla artificialmente. La scoperta di Galli-Valerio sull'azione lambliocida dell'atebrina e sugli effetti curativi dell'atebrina stessa sui disturbi che si supponevano dovuti alla lamblia ha risolto la questione.

Risulta che la lamblia può provocare una serie di sindromi morbose:

1. Sindromi intestinali: *a*) dispepsia fermentativa con feci pastose e acide e contenenti granuli d'amido e batterii iodofili; *b*) enterecolite cronica; *c*) disturbi funzionali gastrici (senso di peso epigastrico, sonnolenza dopo i pasti, aerofagia, nausee, anoressia).

2. Sindromi biliari: *a*) forma spastica con crisi dolorose analoghe a quelle della colelitiasi; *b*) colangite catarrale con disturbi digestivi funzionali e spesso con alterazione considerevole dello stato generale; *c*) colecistite cronica; *d*) insufficienza epatica.

3. Disturbi tossici: *a*) sindromi a tipo d'infezioni acute; *b*) polinevriti; *c*) disturbi neurovegetativi (bradicardia, ipotensione, palpitazioni, esagerazione del dermografismo, acrocianosi e acroiperidrosi, febbricola con sudori notturni a tipo pseudotubercolare).

4. Disturbi dello stato generale: *a*) deperimento generale e astenia, talvolta cachessia a tipo pseudo-canceroso; *b*) fenomeni allergici (orticaria con eosinofilia, disturbi anafilattici con febbre, esantema, prurito e artralgie); *c*) anemia ipocromica.

Dopo aver passato in rassegna tutte queste sindromi P. R. Dreyfus (*Gastroenterologia*, 1942, N. 5-16) ricorda che il medicamento specifico contro la lamblia è l'atebrina, attualmente sostituito dall'acranil altrettanto efficace e meno tossico per la cellula epatica. Ambo le sostanze posseggono in vivo una potente azione lambliacida: la somministrazione per via orale di gr. 0,025 basta a far scomparire i parassiti dal tubo digerente. Agisce dopo parecchie ore, dopo essere stata assorbita ed eliminata con la bile; per via intramuscolare risulta inefficace.

La maggior parte degli autori ha ottenuto il 100 per cento di guarigioni. Qualche recidiva in malati apparentemente guariti sembra dovuta a reinfezione. DR.

VARIA

L'eterismo in Germania.

R. Winter (*Wiener Mediz. Wochenschrift*, marzo 1942) si occupa a fondo di questo interessante argomento, a torto, secondo lui, un po' trascurato dalla maggioranza degli AA. L'eterismo, pur non essendo così diffuso, come altre forme di intossicazione, è però abbastanza comune in certe regioni della Germania. Il primo caso fu descritto a Berlino nel 1875; qualche anno più tardi il tossico si diffuse molto nella Prussia orientale, dove per il suo basso costo era usato ampiamente in specie dalle popolazioni più povere, da uomini, donne e perfino bambini, tanto che sono descritti casi di anomalie e arresti di sviluppo fisico e psichico per abuso di etere. In queste regioni non se ne è mai persa l'abitudine e anche oggi, nonostante le proibizioni, si continua clandestinamente l'uso del veleno. Oltre che in Prussia l'eterismo è diffuso in tutte le popolazioni del Baltico, dell'Alta Slesia ed in Austria. Fuori della Germania è abbastanza comune in Russia e in Irlanda.

La somministrazione dell'etere può farsi per due vie: per inalazione e come bevanda, puro o misto ad alcole; dà assuefazione. Non sempre si tratta di intossicazione volontaria: la si riscontra ad esempio in operai addetti alla fabbricazione di sete artificiali, in medici ed infermiere costretti a respirare per molte ore aria impregnata di etere in sale operatorie male aerate.

La sintomatologia è la seguente: dopo un breve periodo di irrequietezza e malessere, insorge uno stato crepuscolare in cui l'individuo diviene euforico, avverte un gradevole senso di calore, ha la sensazione di volare liberamente nell'aria. A lungo andare l'intossicazione provoca danni al cuore, fegato, polmoni e quasi tutti gli organi interni. I malati divengono mentalmente insufficienti, abulici, irrequieti, menomati soprattutto nella memoria.

LUIGIA VALORI

(Da *L'Attualità Med.*, ag.-ott. 1942).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Se il direttore sanitario dell'ospedale possa esercitare funzioni mediche.

Il direttore di ospedale di prima o seconda categoria, al quale l'art. 21 primo comma del regolamento generale ospedaliero, approvato con R.D. 30 settembre 1938, n. 1631, fa divieto del libero esercizio professionale, può tuttavia esercitare attività di consulenza? E, nel caso affermativo, può esercitarla in tutti i rami della professione medica, entro e fuori dell'ospedale, in ambulatorio pubblico e privato, in presenza del medico curante o anche in assenza di questo? Può essere consentito al direttore di assumere l'incarico del servizio di un reparto o di sezione dell'ospedale, non assegnati ad un primario reparto di osservazione, contagiosi, labratori, istitut anatomo-patologico, ecc.)?

La risuluzione affermativa di questi quesiti corrisponderebbe al nostro desiderio, per convincimento di opportunità obbiettiva essendo conveniente non restringere eccessivamente la esplicazione dell'attività professionale, oltre i limiti delle esigenze che la restrizione impongono.

Si comprende che, specialmente il sanitario preposto a servizi complessi e di grande responsabilità non sia distratto da occupazioni professionali private e possa dedicarsi alla sua funzione di impiego; si comprende, perciò, il divieto dell'esercizio privato, malgrado le conseguenze che ne derivano, anche dal punto di vista patrimoniale. Quando, per es. un sanitario, dal quale si pretendono titoli elevatissimi e al quale si impongono doveri gravosi, è remunerato da stipendi inadeguati, gli effetti del divieto di esercizio professionale libero sono gravissimi e spesso si risolvono in sperequazioni, essendo probabile e frequente che il direttore sanitario si troverà in condizioni di inferiorità anche di prestigio di fronte al primario, che di regola ha una posizione professionale elevata. Non vogliamo con questo dire che il prestigio di un uomo riposi soltanto sulla misura dei suoi redditi — Dio ci guardi da questa falsa concezione troppo americanizzante! — ma è un dato di comune esperienza che il tenore di vita di un uomo, il decoro proprio e della propria famiglia, la serenità con cui, dal punto di vista economico, si pssono affrntare le esigenze della vita, contribuiscono notevolmente al prestigio e alla intensificazione dell'attività. Ora, poichè è probabile che ai direttori sanitari ospedalieri sia fatto generalmente poco congruo, e questo possa influire notevolmente sia ad allontanare i migliori, sia a non incoraggiare i direttori sanitari, riteniamo che sarebbero utili agli enti ospedalieri e al personale sanitario, opportuni temperamenti alla disposizione che stabilisce l'assoluto divieto di esercizio professionale libero da parte del direttore sanitario.

Può rientrare fra questi temperamenti l'esercizio della consulenza? E' dubbio; ma non ci sembra che sia da escludere la possibilità di un limitato riconoscimento. A rigore l'esercizio della consulenza è attività professionale. Ma poichè il divieto deve essere inteso in relazione al fine che lo legittima, cioè allo scopo di evitare che la normale attività di impiego sia distratta dalle esigenze dell'esercizio professionale, si può ammettere che prestazioni di consulenza, le quali non integrino per entità e continuità vero e proprio esercizio *abituale* della professione libera, siano consentite.

Da questo punto di vista si può utilizzare qualche precedente. L'art. 20 dello schema di regolamento per le direzioni dei Consorzi antitubercolari, per i dispensari provinciali e le sezioni dispensariali, emanato nel 1931, dispone che al direttore del Consorzio e a quello del dispensario provinciale è inibito il libero esercizio della professione di medico chirurgo, restando consentito l'esercizio della *privata consulenza* nella specialità. Il successivo testo unico delle leggi sanitarie, approvato con R. D. 27 luglio 1934, n. 1265, all'art. 277, dispone che al direttore del Consorzio ed a quello del dispensario provinciale è inibito l'esercizio della professione di medico chirurgo. Nonostante che questa disposizione, non facendo più cenno della consulenza, fosse restrittiva di fronte a quella del regolamento, la circolare del Ministero dell'Interno del 20 agosto 1934, A. G. n. 20.173-15-45 sul nuovo testo unico dichiarava che, quando i regolamenti o i capitolati dei Consorzi consentono ai predetti sanitari l'esercizio della consulenza nella specialità, tale esercizio continuerà ad essere consentito. Allo stesso modo il Ministero ha disposto con la successiva circolare del 7 febbraio 1939, n. 20300.20/62457, con la quale si è chiarito che, trattandosi di privata consulenza, essa può effettuarsi soltanto a chiamata del medico curante, non solo fuori dei locali di ufficio ma anche fuori dello stesso domicilio privato del direttore del Consorzio: il che significa che, se non interpretiamo male la circolare, la consulenza è unicamente consentita al letto dell'ammalato ed alla presenza del medico curante.

Potrebbero queste disposizioni, emanate dalla Direzione generale della sanità più che altro su una base equitativa radicata sopra l'esigenza di tutelare situazioni già consolidate, applicarsi anche ai direttori sanitari ospedalieri? Rispondiamo, anzitutto, che per quei direttori sanitari di ospedale, ai quali i regolamenti dei singoli permettevano in passato, con

(*Continuazione alla pagina seguente*).

(*) **La presente rubrica è affidata all'avv. Giovanni Selvaggi esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.**

NELLA VITA PROFESSIONALE.

(Seguito della Politica Sanitaria *dalla pag prec.).*

o senza limitazioni, l'esercizio professionale privato, l'art. 21 del regolamento generale ospedaliero non sarà, a nostro avviso, applicabile. Vero è che la detta disposizione vuole imperativamente che al direttore sanitario sia fatto divieto del libero esercizio professionale, ma riteniamo che questa disposizione debba essere applicata secondo i criterî generali della efficacia della legge nel tempo, nel senso che generalmente la legge dispone per l'avvenire.

Ed è da ritenere che le stesse ragioni che indussero la Direzione generale della sanità a consentire l'esercizio della privata consulenza a quei direttori di Consorzi antitubercolari ai quali l'esercizio stesso era permesso in base a disposizioni anteriori, debbano indurre a riconoscere che i direttori sanitari in carica continuino l'esercizio professionale con o senza i limiti previsti dagli antichi ordinamenti dei singoli Istituti.

Resta la questione per i direttori sanitari ospedalieri che saranno assunti in seguito, sulla base dei regolamenti aggiornati in armonia col regolamento generale del 1938. Per questi sanitari ci sembra che non possa invocarsi il precedente relativo ai direttori dei Consorzi antitubercolari, mancando la stessa ragione che valse a far rispettare per quelli le antiche situazioni consolidate; ma riteniamo che la consulenza possa essere permessa, nei limiti sopra indicati, in quanto cioè non sia esplicazione di abituale esercizio professionale. Circa la possibilità di incarichi per servizi di reparti o sezioni non assegnati ad un primario, ci sembra che prevalgano ragioni di senso negativo perchè le disposizioni del regolamento generale sono fondate sul presupposto del carattere esclusivo delle funzioni del direttore degli ospedali di prima e di seconda categoria. Come risulta da numerose disposizioni del regolamento predetto, il direttore ha una serie molto numerosa ed importante di attribuzioni, che lo pongono al disopra di tutti i reparti e servizi sanitari ospedalieri. Non crediamo quindi che il regolamento generale gli consenta la possibilità di assumere direttamente un determinato e particolar eservizio ospedaliero. Tutto ciò è detto nella ipotesi, che noi non riteniamo esatta, che ci possano essere reparti o servizi non assegnati a primarî. Non possiamo dilungarci su questo punto; ma è da avvertire che ai reparti ed alle sezioni indicati nel quesito dovrà essere sempre preposto un primario, anche se per incaico, il quale per altro non può essere affidato al direttore sanitario, che non deve cumulare le due diverse attribuzioni di direttore dell'ospedale e di dirigente di un reparto o di una sezione. Negli ospedali di prima e di seconda categoria, ai quali ci siamo unicamente riferiti, la legge non consente questo cumulo.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il 21 aprile con Regio Decreto su proposta del Duce il gr. uff. Luigi Pozzi è stato nominato cavaliere al merito del lavoro, quale « editore di opere nazionali di medicina e chirurgia ».

I nostri lettori, i quali conoscono il valore dell'attività svolta, durante vari decenni, da Luigi Pozzi nel campo della cultura medico-chirurgica, si compiaceranno insieme con noi dell'altissima e significativa onorificenza ora conferitagli, la quale ne premia la fattiva operosità e le grandi benemerenze, di portata nazionale.

La redazione.

RICOMPENSE AL VALOR MILITARE

conferite al personale del Servizio sanitario.

Croce di guerra: maggiori medici: Felice Adami, Florindo Scardapane; capitani med.: Reffaele De Troia, Arduino Izzo; capitano formac.: Vittorio Aisola; tenenti medici: Roberto Ginoulhac, Umberto Iacchini, Nicolò Pellerito, Gaetano Rascio, Luigi Satta; tenente farm.: Geo Baccarani; capomanipolo med.: Raffaele Pischedda; sottotenenti med.: Sante Campanelli, Carmelo Fox, Ennio Saccani, Virginio Sinigaglia, Renato Tomaselli.

Con R. Decreto in data 26 marzo 1943-XXI è stata conferita al tenente generale medico Gregorio Gelonesi la Croce di Cavaliere nell'Ordine Militare di Savoia:

« Capo della Sanità Militare Marittima, ha rapidamente portato il Servizio Sanitario della R. Marina al più alto grado di efficienza per superiore organizzazione ed approntamento. Animatore fervido ed instancabile, ne regge e guida le complesse attività dando in ogni settore il prezioso contributo del suo sapere e della sua matura esperienza tecnico-militare. Silurata la R. Nave Ospedale « Arno » mentre vi era imbarcato per missione ispettiva, diresse, con esemplare spirito di iniziativa e con virile sprezzo del pericolo, le operazioni di salvataggio, in avverse condizioni di mare e di tempo. Nella sua qualità di Capo e di scienziato, si è affermato quale valoroso esponente delle gloriose tradizioni del Corpo Sanitario Militare Marittimo ».

Nel Natale di Roma la Reale Accademia d'Italia ha tenuto in Campidoglio la seduta generale per il solenne conferimento del premio Mussolini e degli altri premi ed encomi. Nella Classe delle scienze fisiche, matematiche e naturali sono stati conferiti premi ed encomi ai proff. Domenico Marotta e Mariano Messini; è stato assegnato un premio di lire diecimila al prof. Pietro Caliceti.

Il Consiglio Nazionale delle Ricerche in occasione del Natale di Roma ha assegnato il premio « Giulio Alessandrini » al prof. Felice Jerace.

Alle direzioni di Sanità della difesa territoriale di Firenze e di Napoli sono stati nominati i colonnelli medici professori Magliulo e Ferri. Ambedue provengono dalla Scuola di Applicazione di Sanità Militare di Firenze, dove insegnavano rispettivamente traumatologia e tossicologia di guerra. Erano stati ultimamente direttori degli Ospedali Militari di Firenze e di Messina.

NOTIZIE DIVERSE

Congressi e convegni.

Il 3 e 4 aprile si è tenuto a Pavia il tradizionale Convegno dei farmacisti dell'Alta Italia, organizzato dal prof. Pietro Mascherpa, ordinario di Farmacologia, con l'intervento del segretario nazionale dei farmacisti, dott. Scrinzo.

Le sedute culturali sono state dedicate alla biochimica dei fermenti e alla zimoterapia; si sono avute, tra le altre, le notevoli relazioni del prof. De Caro, fisiologo di Pavia, del prof. Pratesi, e dello stesso Mascherpa. Questi convegni pavesi hanno dimostrato non solo di raggiungere lo scopo di aggiornamento della cultura dei farmacisti, ma di potenziare il substrato interpretativo e collaborazionistico del medico in ordine al crescente progresso della bioterapia.

Le « Giornate ginecologiche » organizzate dalla Società francese di ginecologia avranno luogo a Parigi il 26 e il 27 giugno. Per informazioni rivolgersi al segretario generale, dott. Maurice Fabre, rue Jules-Lefebre, 1, Paris.

Lo svolgimento dei corsi allievi ufficiali medici e farmacisti.

A parziale modifica di quanto stabilito, i corsi allievi ufficiali medici e farmacisti avranno luogo presso la scuola militare di applicazione di sanità militare di Firenze in due turn: 1. Turno: inizio 1. maggio, termine 30 agosto 1943; 2. turno: inizio 15 settembre 1943 termine 15 gennaio 1944.

Il corso allievi ufficiali veterinari avrà luogo presso la scuola di cavalleria di Pinerolo in turno unico: inizio 1. maggio, termine 30 agosto 1943.

Il concorso del Direttorio del P.N.F. per aiuti ed assistenti universitari.

Al concorso dei premi del Direttorio del P.N.F. per aiuti ed assistenti universitari si sono presentati complessivamente 59 concorrenti, che sono tutti risultati degni di considerazione per l'operosità dimostrata. Fra essi le Commissioni giudicatrici hanno ritenuto meritevoli del premio, proponendone in alcuni casi la ripartizione *ex equo*, tra altri, i seguenti camerati:

Per la patologia e clinica chirurgica: Ruggieri della R. Clinica chirurgica di Roma; Muntoni del R. Istituto di Patologia chirurgica di Firenze;

Per la patologia e clinica medica: Coppo della R. Clinica medica di Roma; dall'Acqua della R. Clinica Medica di Bologna;

Per la Fisiologia - chimica fisoologica - scienza dell'alimentazione: Granati del R. Istituto di fisiologia generale di Roma.

Le Commissioni hanno, inoltre, giudicato meritevoli di particolare segnalazione altri concorrenti:

Angelini (Padova), Bariatti (Milano), Bassi (Bologna), Bassi (Firenze), Carere (Firenze), Corelli (Roma), Ferrarini (Bari), Gasperoni (Roma), Ghidini (Roma), Leghissa (Bologna), Montanari Reggiani (Modena), Murano (Napoli), Poppi (Bologna). Quattrini (Napoli), Scaffidi (Catania), Scaglioni (Pavia), Tangari (Napoli), Tosatti (Roma).

Nella relazione finale le Commissioni giudicatrici hanno concordemente posto in rilievo l'alto contenuto politico e morale di questa iniziativa del P.N.F., esprimendo il voto che essa sia continuata e potenziata. Il Segretario del P.N.F. ha, pertanto, disposto che sia subito bandito il concorso per l'anno XXII destinato agli aiuti ed assistenti delle seguenti discipline: Patologia generale, Anatomia umana, Anatomia patologica e altre.

L'Associazione Fascista della Scuola, curerà la distribuzione, agli interessati, del bando, con le specializzazioni relative.

Esperimento di farmacoprofilassi della malaria in Albania.

L'Istituto di Malariologia « Ettore Marchiafava » di Roma ha eseguito in Albania un esperimento relativo alla profilassi medicamentosa della malaria mediante italchina.

L'esperimento è stato attuato in due zone e cioè in alcune località della periferia di Valona e nella località di Lakatun. Sono stati tenuti distinti i profilassati regolarmente e irregolarmente, gli italiani e gli albanesi, questi divisi in vari gruppi di età; in totale l'esperimento riguarda un migliaio di soggetti.

Il risultato generale è stato ottimo. Inoltre si è potuto stabilire che nelle zone endemiche ove quasi tutti gli abitanti hanno avuto l'infezione malarica (e quindi sono alquanto immunizzati) basta, per gli adulti (proporzionalmente per le età minori), la somministrazione di cg. 20 di italchina per dose, due volte a settimana; le manifestazioni cliniche dell'infezione malarica tra i profilassati sono in percentuali quasi nulle. Invece per i soggetti nuovi, come in genere gl'italiani, occorre elevare la dose a cg. 30 per volta con due somministrazioni la settimana; in tal modo le manifestazioni cliniche e parassitarie costituirono rare eccezioni e mai insorsero in forme gravi.

Differenze analoghe a quelle relative alla profilassi furono osservate per quanto riguarda la terapia della malaria in atto: nei pazienti di zone endemiche cg. 30 al giorno, ripetuti per 5 giorni, sono sufficienti a debellare l'infezione, mentre nei soggetti nuovi (immigrati) occorre, specie per le forme più gravi, elevare le dosi a cg. 50 (5 compresse) di italchina nei primi tre giorni e continuare per altri due giorni con le dosi usuali di cg. 30 *pro die*.

I risultati dell'esperimento di profilassi medicomentosa sono stati oltremodo significativi.

La relazione, redatta dal dott. A. Coluzzi, verrà pubblicata prossimamente.

Una conferenza.

Nella conferenza da noi annunziata tenuta il 17 aprile all'Ateneo veneto dal prof. dott. Giuseppe Alberti, della R. Università di Firenze, sul tema « Riabilitazione medico-fisiologica di Giacomo Leopardi », l'O. dopo aver differenziato, in senso revisionistico al lombrosianismo, l'opera fisiologica e poetica del Leopardi, si è soffermato sul preteso e discusso difetto visivo diagnosticato dall'Ovio come ipermetropia. Dall'esame dell'Alberti, condotto su autografi finora poco conosciuti, pervenuti alla Biblioteca Civica di Forlì, si conferma che il Leopardi non fu miope; egli si tro-

vò anzi nella condizione opposta: fu un ipermetrope e non usò mai occhiali. La dimostrazione acquista importanza al lume degli ultimi studi critici leopardiani e circa il substrato patologico del pessimismo, che l'Alberti riporta alla filosofia greca.

La strage dei 10 mila ufficiali polacchi: la Croce Rossa nell'opera d'identificazione.

Si ha da Varsavia, 17 aprile, che i medici legali che assistono alle operazioni di identificazione dei 12 mila ufficiali polacchi (valutazione approssimale) trucidati nella foresta di Katyn hanno potuto constatare che i cadaveri presentano il cranio perforato all'altezza del cervelletto.

* * *

Il Comitato internazionale della Croce Rossa ha comunicato di aver ricevuto, il 19 aprile, sia dal governo polacco emigrato a Londra, sia dalla Croce Rossa Tedesca, l'invito a procedere ad un'inchiesta sulla scoperta dei cadaveri di polacchi, trucidati dai sovietici presso Smolensk. Successivamente ha comunicato che sarebbe — in linea di massima — disposto a dare il suo concorso alla designazione di esperti neutri, a condizione che tutte le parti in causa glielo domandino. (È mancato il consenso dell'Unione Sovietica).

La nave ospedale "Fusu Maru" è da ritenersi affondata.

Si ha da Tokio, 20 aprile: La nave ospedale *Fuso Maru* che, come è noto, è stata attaccata, il 15 corr. nel Pacifico meridionale da apparecchi nemici, non ha più dato notizie di sè e si ritiene affondata.

Grande indignazione ha qui destato il fatto che gli aeroplani nemici hanno perpetrato tre successivi attacchi contro la nave, nonostante che essa recasse ben visibili, i distintivi della Croce Rossa i quali, secondo le convenzioni internazionali, dovevano renderla immune dall'offesa nemica.

L'opinione pubblica è tanto più sdegnata per questa nuova violazione del diritto internazionale in quanto essa segue, a breve distanza, i recenti vili attacchi di un sommergibile contro la nave ospedale « Manila Maru », al largo di Palau, e di aeroplani contro la « Ural Maru » nei pressi della Nuova Irlanda.

Rimpatri di mutilati e feriti.

Si è compiuto a Lisbona lo sbarco, dalla nave «New Foundland», di 329 mutilati e feriti italiani appartenenti al personale medico e alla marina mercantile. Le loro ferite risalgono ad oltre un anno addietro ed essi provenivano dall'Inghilterra, ove furono trasportati dopo aver fatto il giro dell'Africa. Erano presenti autorità italiane e portoghesi; queste si sono prodigate in attenzioni, collaborando efficacemente con la Croce Rossa della collettività italiana e con la direzione degli « Annanzens Frigoriicos », che offrì ospitalità nel proprio « dopolavoro ». I rimpatriandi hanno poi proseguito, in due treni-ospedali, attraverso il Portogallo, la Spagna e la Francia, per l'Italia.

Sul trattamento loro inflitto dai britannici durante la prigionia, i quotidiani hanno recato larghe notizie.

È ora in corso uno scambio di prigionieri invalidi e di personale protetto (medici, cappellani). Verranno pure rimpatriati 2000 prigionieri italiani invalidi.

Un po' dovunque.

Il Principe di Piemonte ha messo a disposizione delle autorità un vasto locale al pianterreno della Reggia di Napoli, affinchè sia adibito a posto di pronto soccorso in caso d'incursioni aeree. Esso funzionerà a cura della Croce Rossa.

Il Duca di Bergamo ha visitato a Cosenza i feriti dell'incursione aerea nemica del 12 aprile, ricoverati nel padiglione della Croce Rossa presso l'Ospedale civile, e i militari degenti nello stesso Ospedale; ha pure visitato i luoghi sinistrati.

Il Duce ha ricevuto il cons. naz. dott. Orfeo Sellani, presidente dell'Istituto nazionale fascista per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INFAIL), il quale gli ha fatto una relazione sull'attività svolta dall'Istituto durante l'anno solare 1942. Ha quindi consegnato al Duce la somma di 2 milioni di lire, vinti coi buoni del Tesoro; il Duce ne ha destinato 1.750.000 lire ai sinistrati in varie città e 250.000 agli orfani dei Legionari Camicie Nere.

Il prof. G. Sangiorgi ha tenuto nella Casa del Mutilato a Bari un'applaudita conferenza sul tema « La Scienza per l'assistenza ai combattenti».

La Società di Scienze mediche di Conegliano e Vittorio si è adunata il 6 dicembre e il 9 febbraio, sotto la presidenza del dott. Baroni, assistito dal segretario dott. P. Fabris; nella prima di queste adunanze sono state fatte comunicazioni dai soci Bartolozzi e Renosto; nella seconda dai soci Bartolozzi e Agnesi.

Le Commissioni riunite del Bilancio e degli Affari interni hanno discusso ed approvato, alla presenza dei Sottosegretari Albini per gli Affari interni, Rossi per la Presidenza e Pellegrini Giampietro per le Finanze, il bilancio del Ministero dell'Interno.

La Corte d'Assise di Milano ha condannato la levatrice Carmela Bozzini, di 65 anni, malgrado le di lei proteste d'innocenza, a 6 anni di reclusione, per pratiche illecite contro la maternità in una giovane studentessa, con esito letale.

Il Fronte tedesco del lavoro ha organizzato una mostra ambulante sulla protezione e l'igiene del lavoro.

Nella prossimità di Szeged (Ungheria) verranno eretti dieci sanatori, per l'importo di circa un milione e mezzo di pengö; ad ogni sanatorio sarà annesso un padiglione di alloggio per il personale assistente.

E' comparso a Czernowitz il primo numero di « Bucovina Medicala », con la direzione redazionale del dott. I. Nandris; la presentazione del periodico è fatta dal ministro della sanità della Romania, prof. T. Tomescu.

Il prof. H. Vogt, direttore dell'Istituto del Reich per la balneologia, ha tenuto in Budapest una

conferenza sullo stato attuale della balneologia del reumatismo.

In occasione del Natale di Roma sono stati consegnati i brevetti e i distintivi d'onore ai mutilati del lavoro da parte dell'Istituto Nazionale Fascista contro gl'infortuni sul lavoro, e ad una rappresentanza di orfani da parte dell'Ente Assistenza Lavoratori.

Un gruppo di studenti tedeschi, spagnoli, bulgari e svizzeri ha preso parte ad una visita all'Istituto Eastman, organizzata dalla Sezione femminile del G.U.F. di Roma.

La Banca Popolare di Milano, per onorare la memoria del proprio funzionario capitano Nicola Giubileo, gloriosamente caduto nella presente guerra, ha disposto un'oblazione di L. 25.000 a favore dell'Ospedale Maggiore di Milano, per l'intestazione di un letto al nome del caduto.

Un violento incendio si è sviluppato, il 19 aprile, nel sottotetto di un padiglione del sanatorio « Croce di Salven » in comune di Borno (Brescia). I vigili del fuoco di Breno cercarono di circoscrivere le fiamme; ma il tetto dell'edifizio è andato distrutto. I 60 ricoverati vennero portati all'aperto e poi trasferiti in altri padiglioni.

Un operaio svedese ventinovenne, abilissimo meccanico, a nome Sven Berglund, rimasto mutilato delle mani in seguito ad un elettrotrauma, animato da straordinario talento inventivo ha ideato e fatto costruire dispositivi protesici che sostituiscono largamente le mani perdute e che gli hanno consentito di riprendere l'antico mestiere. (Dal « Popolo d'Italia », 11 aprile 1943).

La 4.a Commissione medica svizzera per il fronte russo è tornata in patria, dopo prestazioni durate tre mesi.

E' stata scoperta una lapide muraria sulla casa del celebre pediatra Adalbert Czerny, a Schakorwa (Slesia superiore orientale). Alla cerimonia è intervenuto il dott. Conti.

Il prof. Dionis du Séjour, titolare della cattedra di clinica chirurgica della Scuola di Clermont-Ferrand, ha lasciato il posto per raggiunti limiti di età. In tale occasione gli sono state rese cordiali onoranze; hanno parlato i proff. Castaigne e Merle e i dottori Gaillard e Grasset.

È morto nelle vicinanze di Napoli il prof. EUGENIO LA PEGNA, ex direttore del Manicomio Civile di Aversa.

Fu un distinto neuropsichiatra. Pubblicò interessanti lavori sulla struttura del sistema nervoso, sulla citologia del liquido cefalo-rachidiano e sulla patologia mentale. D.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME L Roma, 3 Maggio 1943-XXI Num. 18.

"IL POLICLINICO,,

PERIODICO D: MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinica Medica di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER L'ANNO 1943

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 100	L. 145	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . . .	L. 155	L. 210
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . . .	L. 70	L. 80	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 155	L. 210
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile) .	L. 70	L. 80	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chir.) .	L. 200	L. 275

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 7; della PRATICA L. 5.

I numeri, che vengono tutti scrupolosamente spediti, se non reclamati entro un mese dalla loro pubblicazione, si rinviano soltanto a pagamento.

L'importo dell'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato, *senza tassa* nel Conto Corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. 5.

SOMMARIO

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
E TERAPIA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI CATANIA
Direttore: Prof. LUIGI CONDORELLI

Contributo alla terapia dei grandi ascessi amebici del fegato con la pneumoparacentesi secondo Condorelli.

Dott. CESARE GRASSI BERTAZZI, Assist. Volont.

È ammesso dalla totalità degli AA. che con la sola terapia emetinica si domina agevolmente il processo di colliquazione amebica del fegato, quando questo sia nelle sue fasi iniziali o ad ogni modo, di limitata estensione. Discordanza di opinioni vi è invece sul trattamento delle raccolte a tipo ascessuale chiaramente conclamate e di grande estensione, sostenendosi da alcuni AA. (Laiaze e Melnotte, Françon, Ravant e Jarant Morestin, Paisseau e Lemaire) la necessità dell'intervento chirurgico di apertura e drenaggio, seguito o no dalla cura emetinica; da altri (Roger, Chen, Von Gorder e Jvon, Petridis... Izar, ecc.) la sufficienza di uno svuotamento mediante tre quarti eventualmente collegato con Potain, in maniera da liberare la cavità del materiale necrotizzato, seguito da introduzione di soluzione di emetina (Roger) o di chinina direttamente nella cavità e da una terapia emetinica generale; da altri (Pontano, Augè e Brocq) invece vantandosi dei risultati con il solo trattamento medico, anche in ascessi di grande estensione e dimensione.

La elevata mortalità che consegue all'intervento chirurgico, la non infrequente cronicizzazione e fistolizzazione della ferita, la possibilità di recidive anche a distanza, induce, da una parte alla ricerca di un miglioramento di cura, dell'altra alla necessità, anzi alla indispensabilità del trattamento emetinico contemporaneo.

I migliori risultati che conseguono allo svuotamento della cavità e al trattamento emetinico generale, indicano questo come un metodo di scelta mentre, se è vero che con la

sola terapia specifica generale si può ottenere la guarigione di grossi ascessi, questa è incostante, avviene lentamente, in più lungo tempo, permette che venga riassorbito dall'organismo il prodotto di colliquazione del tessuto epatico che esplica effetti tossici, fino all'amiloidosi come nei casi di Brodin e di Scaffidi.

Riconosciuta la indicazione ottimale dello svuotamento della cavità ascessuale voluminosa, un primo problema è quello di realizzare lo svuotamento nella maniera più completa. Questo non può realizzarsi con la semplice aspirazione, nè mediante l'uso del Potain, per il fatto che nella cavità, per effetto dell'aspirazione; si viene a creare una pressione negativa, che impedisce al denso materiale colliquato un facile deflusso dal tre quarti; d'altra parte è impedito, per la notevole estensione della cavità il collabimento delle pareti dell'ascesso, necessario per lo stabilirsi del processo di cicatrizzazione. Condorelli ha attuato una tecnica prima di lui mai usata: la introduzione di aria nella cavità ascessuale, con la quale viene ad essere favorito il deflusso del liquame, che può essere pressochè completo se l'ago pesca nella parte più declive della cavità, mentre inoltre può essere, a scopo di controllo e di studio, seguita la evoluzione del processo cavitario mediante l'esame radiologico della bolla di gas introdotto.

Non può nemmeno escludersi che l'aria introdotta nella cavità possa agire favorendo la guarigione, in maniera simile a quanto si realizzava con l'operazione chirurgica e il drenaggio. Naturalmente la cura non si limita allo svuotamento della cavità ascessuale ma verrà completata dal trattamento emetinico.

Tale metodo di cura assicura, secondo l'esperienza fatta da Condorelli, la rapida guarigione in casi di ascessi epatici anche notevolmente estesi, che con tutta la probabilità avrebbero avuto un esito infausto qualora fossero stati sottoposti all'intervento chirurgico. A tale attuazione terapeutica segue la restitutio ad integrum, residuando appena una cicatrice stellata, come in un caso descritto da Condorelli, curato in questa maniera e venuto poi al tavolo anatomico, dopo alcuni anni, per altra malattia.

La eccellenza di tale metodo risulta anche alla nostra personale esperienza, che gradualmente facciamo nella osservazione clinica di casi di grandi ascessi amebici del fegato.

In questa nota dò la descrizione di due casi di ascessi amebici del fegato, trattati con la terapia emetinica generale e la pneumoparacentesi della cavità ascessuale secondo Condorelli, uno dei quali dà la dimostrazione della rapida guarigione dell'ascesso amebico, l'altro oltre a ciò, ci dà la opportunità di sottolineare qualche dettaglio, che indica come la rapida guarigione dell'ascesso epatico possa essere assicurata soltanto da uno svuotamento completo della cavità stessa.

CASO I. — C. M., di anni 57, muratore, da Catania.

Nulla da rilevare nell'anamnesi familiare.

Nella A.P.R. infezione malarica contratta durante il servizio militare nella guerra passata, curata con sali di chinino e nello stesso periodo turbe intestinali caratterizzate da numerose scariche alvine muco-sanguinolente, di cui non rimasero postumi apprezzabili. Nel dicembre 1941, per un processo dissenterico muco-sanguinolento febbrile, si ricoverò in Ospedale ove fu sottoposto a varie cure, avendo un esame parassitologico delle feci dato un risultato negativo per protozoi; guarito in 15 giorni.

L'attuale malattia, insorse in apparente benessere il 16 febbraio 1942 con modico senso di malessere, lieve dolenzia all'ipocondrio destro a tipo accessionale, parossistico, con irradiazione posteriore alla regione della spalla omolaterale, in apparente apiressia.

Il progressivo accentuarsi di questa sintomatologia, fattasi vieppiù acuta e continua, fece ritenere opportuno al medico curante il ricovero in Clinica.

Alvo sempre normalmente aperto alle feci ed ai gas; diuresi normale, dolenzia all'ipocondrio destro.

Viene ricoverato il 21 febbraio 1942.

Esame obbiettivo: normolieno, decubito obbligato supino, colorito della cute bruno-terreo, mucose visibili pallide, discreto stato generale di nutrizione, sistema linfatico indenne.

Apparato respiratorio: l'unico rilievo patologico è il sollevamento della base polmonare destra.

Apparato digerente e addome: lingua uniformemente patinosa, umida; nulla al retrobocca, l'addome non fa rilevare nulla a carico dei tegumenti e dello stato della cicatrice ombelicale. La palpazione superficiale dell'ipocondrio destro suscita dolenzia. Alla palpazione profonda si apprezza il margine inferiore del fegato, tre dita trasverse sotto l'arcata costale, arrotondato, a superficie liscia. Un dito trasverso sotto l'arco costale, sulla emiclaveare prolungata, si localizza un punto squisitamente dolente. Milza nei limiti.

Nulla di patologico da rilevare a carico degli altri apparati e sistemi.

ESAMI DI LABORATORIO:

Esame urine: colorito III Vogel, peso specifico 1028; albumina, glucosio, acetone: assenti; urobilina: aumentata. Nulla di patologico nel sedimento.

Esame emocromocitometrico: Hb. 60; eritrociti 3.200.000; val. glob. 0 95; leucociti 21.600. Formula leucocitaria: Pol. neutrofili: 70 %, linfociti 20 %, monociti 7 %; eosinofili 3 %.

Reazioni Wassermann e Meinicke II: negative.

Esame delle feci: feci poltacee di colorito normale, senza residui alimentari, senza muco nè sangue. Al microscopio alcuni cristalli di sapone, qualche residuo vegetale a cellule accollate. As-

senza di protozoi. Reazione alla benzidina: negativa.

DECORSO CLINICO:

Eseguita lo stesso giorno del ricovero una puntura epatica, in corrispondenza del punto dolente, si estrassero 540 cmc. di colliquato, avendo praticata la pneumoparacentesi secondo Condorelli. Si iniziò una terapia con 4 ctgr. di cloridrato di emetina pro die — associata agli estratti epatici —, che al terzo giorno è portata alla dose di 6 ctgr. pro die, sino alla quantità globale di 84 ctgr. Al terzo giorno di tale terapia (vedi fig. 1: grafica termica) la febbre cadde, il dolore si ridusse e quindi rapidamente scomparve. Migliorato gradualmente lo stato generale, al termine del ciclo di emetina venne praticato a domicilio un ciclo di Jatren per 15 giorni (dose pro die 75 ctgr. dose globale gr. 11,25) e per altri 15 giorni un ciclo di Stovarsolo (dose pro die 75 ctgr., dose globale gr. 11,25).

Il p. il giorno 14 aprile 1942 rientrò in Clinica per il secondo ciclo di emetina in condizioni generali molto migliorate.

L'esame oggettivo non diede a rilevare alcun dato patologico.

Terminato il ciclo di emetina alla dose complessiva di 70 ctgr. il 7 maggio 1942 il paziente venne dimesso. Si prescrissero gli ulteriori cicli di cura con Jatren e Stovarsolo alternati, che il p. poi completò al proprio domicilio.

Nella malattia del nostro paziente il rapporto tra fenomeni dissenterici ed alterazione epatica è quanto mai evidente, la complicanza a carico del fegato, essendosi dichiarata pochissimi giorni dopo la insorgenza della sintomatologia intestinale. Nelle feci mucose ed emorragiche del periodo dissenterico non vennero, da *analisti* esterni reputate amebe.

Non sottoposto pertanto ad alcun trattamento specifico, la sintomatologia rimise, passando in una di quelle fasi di quiescenza che sono comuni della malattia amebica cronica. Dopo circa un mese dall'inizio dei primi disturbi enterici e generali si dichiarò manifesta la sintomatologia dell'ascesso amebico, con febbre alta, dolore all'ipocondrio destro, con irradiazione alla spalla omolaterale, ingrandimento del fegato con dolenzia in una zona circoscritta, spiccata leucocitosi neutrofila.

Con la pneumoparacentesi si estrassero 540 cmc. di colliquato e al contempo si iniziò una terapia emetinica che venne condotta in seguito fino alla quantità di 80 ctgr. unitamente ad una terapia antitossica con estratti epatici. La febbre cadde dopo il terzo giorno dall'inizio del trattamento locale e generale emetinico, scomparve dopo qualche giorno il dolore irradiato alla spalla destra, si normalizzò la leucocitosi, si ridusse il fegato rapidamente

C. M.

FIG. 1.

di volume, tanto da essere appena palpabile dopo 20 giorni.

Vennero poi praticati un altro ciclo di emetina e due di Jatren e Stovarsolo alternati.

Questo caso dunque conferma ancora una volta la rapidità dei risultati terapeutici che si ottengono con l'associazione pneumoparacentesi e trattamento specifico, non comparabile da una parte con la maggior durata della malattia abituale con il semplice trattamento emetinico, che già rappresenta un indiscutibile vantaggio rispetto al trattamento chirurgico non sempre innocuo per l'infermo.

Ma in questo caso poichè la raccolta non era voluminosa si può ritenere che con tutta probabilità l'ascesso sarebbe potuto guarire con la sola terapia emetinica, però con maggiore lentezza e con una meno rapida ripresa dello stato generale.

Particolarmente dimostrativo è il secondo caso.

CASO II. — S. P., anni 43, possidente, da Adrano (Catania).

Nulla da rilevare nella anamnesi familiare. Nella anamnesi personale remota vi è infezione malarica all'età di 19 anni, curata con sali di chinino. A 42 anni blenorragia, durata circa un mese, curata opportunamente e guarita senza postumi apprezzabili.

L'attuale malattia iniziò circa 25 giorni prima dell'ingresso in Clinica con astenia, malessere generale, anoressia, e polidipsia intensa. Movimento febbricolare prevalentemente serotino con massimi cuspidi sui 38°,5. Successivamente febbre a tipo continuo-remittente, con cuspidi più elevate, sui 39°-39°,5, preceduta da brividi iniziali intensi e prolungati. Progressivamente si instaurò un notevole decadimento dello stato generale, depressione del sensorio e della coscienza.

L'alvo si è sempre mantenuto regolare. Per tale sintomatologia febbrile un sanitario gli somministrò del chinino e successivamente altri vari farmachi da cui il p. non solo non ricavò alcun beneficio ma anzi danno allo stato generale.

Perdurando le gravi condizioni il p. chiese ricovero in Clinica il 10 dicembre 1941.

Esame obbiettivo: soggetto normolineo. Decu-

FIG. 2.

FIG. 3.

bito obbligato supino. Sistema scheletrico indenne. Colorito della cute bruno-terreo e delle mucose pallido; subittero alle sclere. Cute sollevabile in larghe pliche, scarso pannicolo adiposo, muscoli ipotonici e ipotrofici.

Apparato respiratorio: l'unico rilievo patologico è una ridotta espansibilità della base polmonare destra il cui limite è risalito di circa due dita.

Apparato cardiovascolare: polso frequente (120) piccolo, aritmico, pressione arteriosa 120-74. Cuore nei limiti. Toni fiochi, primo tono alla mitrale parafonico.

Apparato digerente e addome: lingua patinosa, lievemente arrossata ai margini. Nulla al retrobocca. Alito acetonico. Addome globoso per intenso meteorismo intestinale, cicatrice ombellicale appianata poco trattabile alla palpazione superficiale; la palpazione profonda viene impedita dalla tensione considerevole della parete. Non ci è dato quindi apprezzare lo stato degli organi ipocondriaci. Assenza di versamento nel cavo addominale.

Nulla di notevole da rilevare a carico degli altri apparati e sistemi.

ESAMI DA LABORATORIO:

Esame delle urine: colorito III Vogel; P.S. 1025; albumina, glucosio, pigmenti biliari: assenti; acetone: tracce; urobilina: aumentata. Nel sedimento nulla di patologico.

Sieroagglutinazioni per tifo, paratifi A e B, brucelle: negative.

Reazione di Wassermann e Meicke: negative.

DECORSO CLINICO: (vedi fig. 2 e 3 e grafica termica). Orientatici per un tifo addominale si applicò vescica di ghiaccio sull'addome e una sonda rettale. Si somministrarono degli analettici e stricnina (2 mgr. pro die) ed estratti epatici. Si praticarono ipodermoclisi glucosate. Le condizioni del paziente rimasero stazionarie fino al giorno 19 dicembre in cui l'addome si presenta trattabile. Si palpa il margine inferiore del fegato debordante 4 dita dall'arco costale, diffusamente dolente. La milza è nei limiti. L'esame radiografico (vedi fig. 4) dimostra un risalimento notevole del diaframma destro, immobile per un aumento dell'ombra epatica; modesta reazione pleurica.

Nel giorno successivo mentre si accentuarono i dolori all'ipocondrio destro, in corrispondenza della grande ala del fegato, già precedentemente debordante si rese apprezzabile una bozza rotondeggiante, molle, squisitamente dolente alla palpazione.

Lo stesso giorno in detta zona si praticò una puntura che diede esito a prodotto di colliquazione epatica caratteristica degli ascessi amebici e si cercò di completare lo svuotamento con la pneumoparacentesi secondo Condorelli. Si estrassero in totale 850 cmc. di liquame. Un esame radioscopico eseguito il giorno dopo la pneumoparacentesi mise in evidenza una grossa bolla di aria nella cavità dell'ascesso, nella quale però vi era ancora una discreta quantità di liquame. L'esame delle feci praticato in questo giorno non mise in evidenza alcun fatto patologico.

Venne iniziato un trattamento con 4 ctgr. pro die di cloridrato di emetina, successivamente ed

FIG. 4.

in breve portato alla dose pro die di 6 ctgr. e condotto per 17 giorni fino alla dose globale di 95 ctgr.

Le condizioni generali del paziente migliorarono soltanto parzialmente, lo stato febbrile (vedi grafica) e lo stato tossico si fecero meno intensi. Il dolore scomparve. Nei giorni successivi però tale sintomatologia si riaccese e ricomparve la tumefazione sulla superficie epatica per cui il 26 dicembre venne con pneumoparacentesi vuotato completamente di altri 1350 cmc. di colliquato, che si presentava meno vischioso di quello precedentemente estratto, di colorito più chiaro e commisto a molta sierosità.

Il controllo radioscopico mostrò (vedi fig. 5) una grossa bolla mediana di gas inclusa nell'aia di opacità eptica che è notevolmente ingrandita, essendosi l'emidiaframma destro spinto in alto di uno spazio intercostale. Il limite inferiore della bolla di gas introdotto nella cavità ascessuale è a contatto della piccola curvatura dello stomaco Si nota ancora una modica reazione pleurica a destra. Da questo momento la febbre segna una rapida caduta e in pochi giorni scompare (vedi grafica). Dopo 8 giorni la cavità ascessuale appare notevolmente ridotta, come lo testimonia il cospicuo impicciolimento della bolla di aria; anche il limite superiore del fegato appare notevolmente abbassato; la reazione pleurica in via di netta risoluzione (fig. 6).

Il giorno 6 gennaio 1942 al termine del ciclo di emetina l'esame oggettivo dimostrava un decadimento sempre marcato dello stato generale, se pure di minore gravità che all'ingresso in Clinica.

All'esame oggettivo il fegato debordava di circa 2 cm. l'arcata costale. Non si apprezzavano punti dolenti sulla sua superficie. Il 7 gennaio 1942 iniziò il trattamento con Stovarsolo alla dose pro die di ctgr. 75 fino alla dose globale di gr. 11,25: al termine di questo venne praticato a domicilio un ciclo di Jatren per altri 15 giorni (dose globale gr. 11,25).

Il p. rientrò in Clinica il giorno 26 febbraio 1942 per praticare il secondo ciclo di emetina.

Le condizioni generali erano floride, l'esame oggettivo del tutto negativo, il reperto radiografico normale (fig. 7). Completato il II ciclo di emetina (dose complessiva ctgr. 84) al termine di esso venne dimesso . Si prescrisse un ciclo di Jatren e di Stovarsolo, cura che il paziente praticò al proprio domicilio.

Questo caso ha quindi assunto inizialmente l'andamento della forma tifosa, dell'ascesso amebico, molto rara.

FIG. 5.

Iniziata in maniera assolutamente primitiva, senza precedenti dissenterici, l'alta febbre a tipo continuo che durava da circa un mese, lo stato settico, la depressione del sensorio, la esistenza di uno stato di peritonismo indirizzavano verso il sospetto di una infezione Eberthiana.

Se la negatività delle sieroagglutinazioni specifiche non era decisiva per escludere il tifo addominale, potendo il potere agglutinante fare difetto nelle più gravi malattie infettive, la riscontrata spiccata leucocitosi neutrofila oltre tutti gli altri elementi obbiettivabili all'esame generale indirizzava verso un altro processo infettivo, verosimilmente a tipo suppurativo, che doveva risiedere in organi addominali, come veniva a presumersi dal riscontro del peritonismo.

La diagnosi si delineò e si fece conclamata qualche giorno dopo il riconoscimento della spiccata leucocitosi, allorchè si vide comparire la tumefazione in corrispondenza della piccola ala del fegato, squisitamente dolente e bene apprezzabile per la regressione dello stato di peritonismo.

Una prima radiografia dimostrò il quadro abituale dell'ascesso epatico (fig. 1).

Svuotata solo parzialmente la cavità ascessuale con pneumoparacentesi ed iniziato il trattamento emetinico, lo stato del sensorio migliorò discretamente, poi si ridussero i fatti tossici, si ridussero i dolori al livello dell'ipocondrio, ma la temperatura si mantenne con carattere continuo-remittente.

Un controllo radiologico della bolla di aria mise in evidenza un progressivo accrescimento del contenuto liquido nella cavità ascessuale che venne vuotata dopo 7 giorni di altri 1350 cmc. di colliquato non così denso come la prima volta, ma più fluido, per la presenza di sierosità. A questo secondo intervento seguì la caduta della febbre e la rapida ripresa nello stato generale, l'ulteriore decorso avviantesi verso la guarigione completa del nostro paziente. La bolla d'aria della cavità ascessuale, controllata radiologicamente, era in netta riduzione. Dopo un ciclo di Jatren e uno di Stovarsolo praticati dal p. al proprio domicilio alternativamente per un mese il 26 febbraio 1942 ricoverò in Clinica per praticare un secondo ciclo di emetina. Si presentava irriconoscibile, in ottime condizioni di nutrizione e sanguificazione. L'esame oggettivo e radiografico non metteva in evidenza alcun dato patologico.

L'interesse di questo caso, più che nei riguardi del comportamento clinico che inizialmente per circa un mese aveva deviato l'orientamento diagnostico, presentandosi la malattia con gli aspetti di una infezione generale a tipo tifoso, sta nella constatazione che solo dopo il completo svuotamento della cavità ascessuale, per il quale fu necessario un secondo intervento il p. si, incamminò decisamente verso la guarigione.

Dunque nel decorso di questo caso si ha la chiara documentazione della opportunità — e indispensabilità in qualche caso — di uno svuotamento completo della cavità ascessuale.

Solo se si realizza questo evento si attuano le condizioni migliori per una rapida e completa guarigione clinica che, come dimostra una delle osservazioni del Condorelli, corrisponde poi alla completa restitutio ad integrum.

FIG. 6.

FIG. 7.

Pertanto se degli esiti favorevoli possono ottenersi con la sola terapia emetinica, se ancora migliori risultati si ottengono, aggiungendo anche la evacuazione parziale per semplice puntura della sacca ascessuale, completata o no dal lavaggio della cavità, indubbiamente per il raggiungimento della rapida guarigione è sempre opportuno e a volte indispensabile lo svuotamento completo della cavità quale può realizzarsi con il metodo del Condorelli.

RIASSUNTO

Descrizione di due casi di grandi ascessi amebici del fegato trattati con pneumoparacentesi secondo Condorelli e terapia emetinica.

Si fa rilevare come talora sia indispensabile un completo vuotamento della cavità ascessuale, perchè il risultato terapeutico del trattamento emetinico aggiunto sia decisivo e si mette in evidenza come tale direttiva di trattamento debba essere considerata il metodo di scelta nella terapia dei grandi ascessi amebici del fegato.

Per la letteratura vedi il lavoro di Condorelli: « Sulla terapia dei grandi ascessi amebici del fegato ». Boll. Soc. Med. Chirurgica, Catania, vol. IX, n. 2, pp. 35, 56, 1940.

SPEDALE DI S. GIOVANNI DI DIO IN FIRENZE

Contributo alla terapia incruenta del cardiospasmo con megaesofago [1].

Prof. GIOVANNI CAVINA

In Italia, nella terapia del cardiospasmo con megaesofago o, per dirla con parola moderna, dell'« acalasia esofagea » si è battuta generalmente la via chirurgica. In rapporto alla rarità della affezione, non pochi sono i casi operati con successo da valenti Colleghi, fra i quali mi limito a citare il compianto Taddei, Pieri, Forni, Stoppato, Mauro, Ettorre, Marinacci, Biancheri, De Fermo, Pampari. Scarso peso si è dato, invece, ai metodi incruenti rappresentati dalla dilatazione brusca del cardias mediante palloncini di gomma elastica ovvero con apparecchi metallici, metodi che all'estero godono di ben meritata reputazione, inquantochè con grande semplicità e rapidità e con minore rischio consentono molto spesso di conseguire risultati non inferiori a quelli consecutivi all'intervento chirurgico.

(1) Comunicazione alla Società Tosco-Umbra di Chirurgia, Firenze, 13 febbraio 1943-XXI.

In America, gode oggi molto favore la sonda a camera d'aria di Plummer, che si può considerare una filiazione del palloncino a clessidra di Gottstein (1906). Con questo mezzo secondo quanto ha riferito Moersch al Congresso tedesco di Chirurgia del 1936 (*Zbl. Chir.* 1936, pag. 1212) nella Clinica Mayo sono stati trattati 948 casi di megaesofago, registrandosi un netto miglioramento nel 21 % e risultati molto buoni nei rimanenti, per lo più con una sola dilatazione. In Germania, da gran tempo la preferenza va all'apparecchio metal-

FIG. 1. — Radiografia dell'esofago nel primo caso (praticata dal compianto prof. Busi e qui riprodotta dal suo Trattato). P. onda peristaltica.

lico ideato da Starck di Karlsruhe, il quale si può considerare un vero specialista in materia, avendo curato 781 casi con ottimi risultati (*D. m. W.*, pag. 962, n. 39, 1942). Schindler non ha esitato a proclamare il metodo di Starck « sovrano » nella terapia del cardiospasmo.

In Italia, fautori della dilatazione incruenta si sono dichiarati Agrifoglio (*Arch. It. Chir.* 1926, XV, pag. 601) che nella Clinica di Tusini è ricorso alla dilatazione progressiva con sonde coniche in tre casi con successo; Peroni (Congresso Otorinolaringoiatrico, Padova 1934) che ha trattato felicemente parecchi casi con l'apparecchio di Mosher; Boradies (*Policl. Pr.*, 1938, pag. 1081), che raccomanda l'uso del divulsore metallico di Mikulitz (?). In una comunicazione fatta all'Accademia Medico-Fisica Fiorentina il 17 dicembre scorso, Muntoni

ha riferito sui favorevoli risultati ottenuti con l'impiego della sonda di Plummer. E' da questa ultima comunicazione che prende lo spunto la presente nota, nella quale desidero ricordare brevemente il contributo personale di tre casi molto interessanti, ben studiati e documentati, che mi sono occorsi dall'inizio della mia carriera ad oggi.

Il *primo* risale a circa trenta anni fa, essendo stato da me riferito alla Società Medica Chirurgica di Bologna nell'adunanza dell'11 dicembre 1913

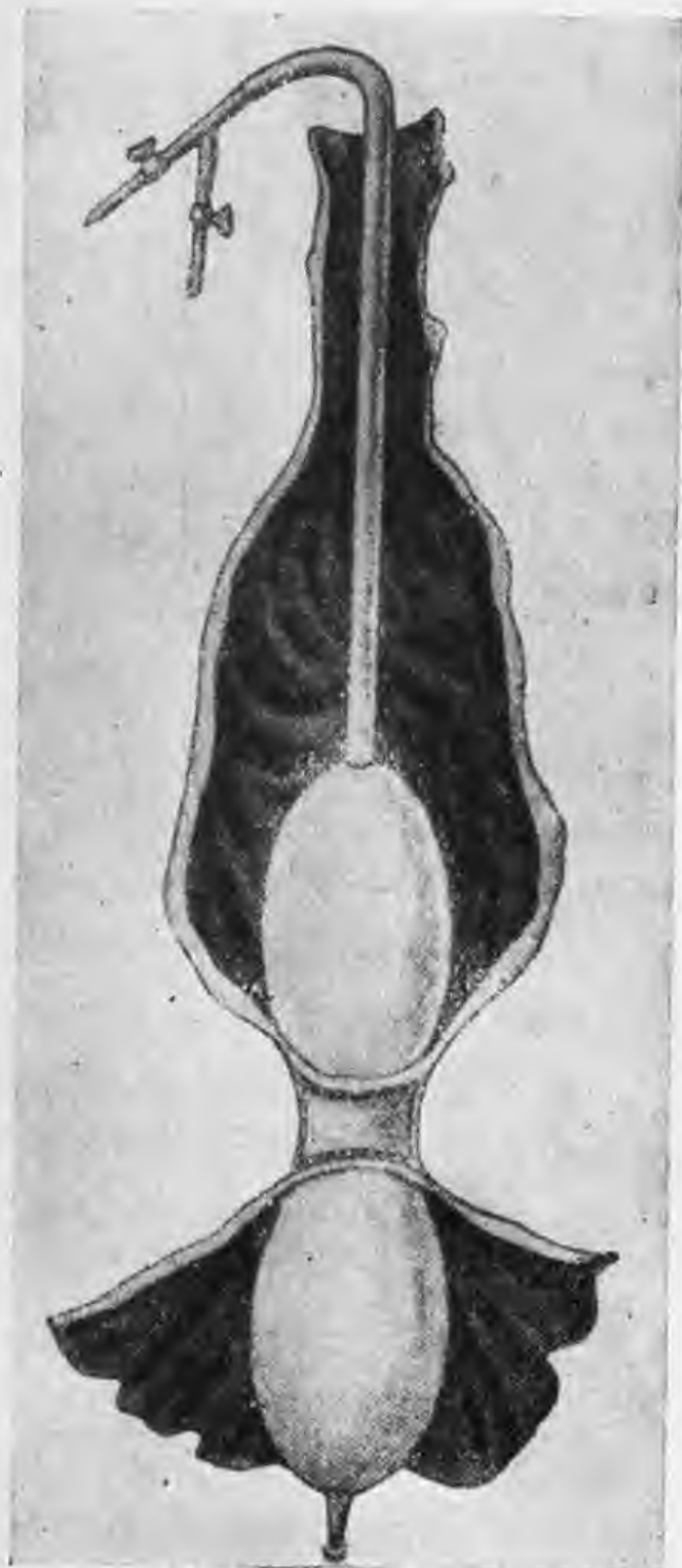



FIG. 2. — Schema del cardio-dilatatore di Gottsten.

(*Bull. Scienze Med.*, p. 87, 1914). Si trattava di un tipico megaesofago in un soggetto quarantenne, diagnosticato radiologicamente dal compianto prof. Busi il quale riprodusse poi la radiografia (fig. 1) nel suo grande trattato di radiologia (Società Tip. Torinese, vol. I, p. 1005, 1923). Essendomi procurato il palloncino a clessidra di Gottstein dalla Ditta Härtel di Breslavia (fig. 2), prudentemente in più sedute praticai una graduale distensione del cardias, ottenendo un notevolissimo miglioramento subbiettivo ed obbiettivo del malato che si mantenne per molti anni fino a che lo perdetti di vista. Lo stesso Busi, alla osservazione radiologica praticata parecchi anni dopo la dilatazione, potè dimostrare che il cardias era permeabile in modo quasi normale, il ristagno pertanto nullo o scarsissimo, mentre l'esofago permaneva assai dilatato (fig. 3). Questo fatto che — dico subito — fu pure osservato nei casi seguenti, pare sia la regola qualunque sia il trattamento applicato, cruento o incruento.

Un *secondo caso* mi capitò di curare nel 1927 a Cesena, dove allora ero primario e fu illustrato diligentemente dal mio assistente dott. Pietro Poloni (ora chirurgo a Marradi) in una adunanza della Società Medico-Chirurgica della Romagna (17 giugno 1928). Si trattava anche qui di un soggetto maschile, di 32 anni, affetto da classico megaesofago, nel quale si ottenne un rapido e cospicuo miglioramento con l'impiego del cardiodilatatore di Starck (Ditta Jetter e Schärer) di cui riproduco qui la fotografia, rinunciando per brevità ad una particolareggiata descrizione (fig. 4).

FIG. 3. — Radiografia dell'esofago nel primo caso (praticata dal compianto prof. Busi) alcuni anni dopo la dilatazione con l'apparecchio di Gottstein.

Quest'apparecchio mi è sembrato superiore a quello di Gottstein, non tanto perchè più resistente alle ingiurie del tempo, quanto perchè di più agevole introduzione nell'hiatus cardiale. Infatti, esso è opportunamente provvisto alla estremità di un grosso cilindro di gomma molle, pieno di mercurio, il quale per il suo peso imbocca il cardias con sorprendente facilità, evitandosi così il rischio di ledere o perforare la parete della sacca esofagea, in questi casi sempre molto esile e sottile. Afferma Starck di essere riuscito ad introdurre questo strumento (egli veramente ne possiede una collezione di vari tipi) anche nei casi più complicati con formazioni diverticolari della sacca, nei bambini e perfino in un soggetto cifoscoliotico con grave deformità toracica.

Una volta introdotto il dilatatore nel cardias — e di ciò è facile accertarsi mediante il controllo radiologico — si procede ad una brusca e rapida divulsione, estraendo l'apparecchio prima che il soggetto sia colto da eventuale shock o deliquio. In genere basta una unica applicazione, ma in

caso di insuccesso non vi è alcuna controindicazione a ripeterla.

Infine, un *terzo caso* assai interessante, da me osservato qui a Firenze, concerne un gassista che ha ora 47 anni e che si presentò da me una prima volta nel settembre 1933 accusando disturbi caratteristici da cardiospasmo. L'esame radiologico praticato dal prof. Valenti mi permise di riconoscere fin d'allora che realmente si trattava di tale forma morbosa con modica ectasia dell'esofago (fig. 5). Ma il malato rifiutò la cura dilatante da me consigliata e si trascinò avanti alla meglio fino all'anno scorso quando si presentò di nuovo in pessime condizioni per l'estrema difficoltà di alimentarsi e per lo stato di impressionante denutrizione. Con il sondaggio al mattino a digiuno si estrae oltre mezzo litro di ristagno dalla sacca esofagea che alla radiografia (fig. 6) appare circa tre volte più ampia che nell'esame precedente del 1933, cioè nove anni prima (le due radiografie 5 e 6 offrono un interessante documento della evoluzione spontanea del megaesofago).

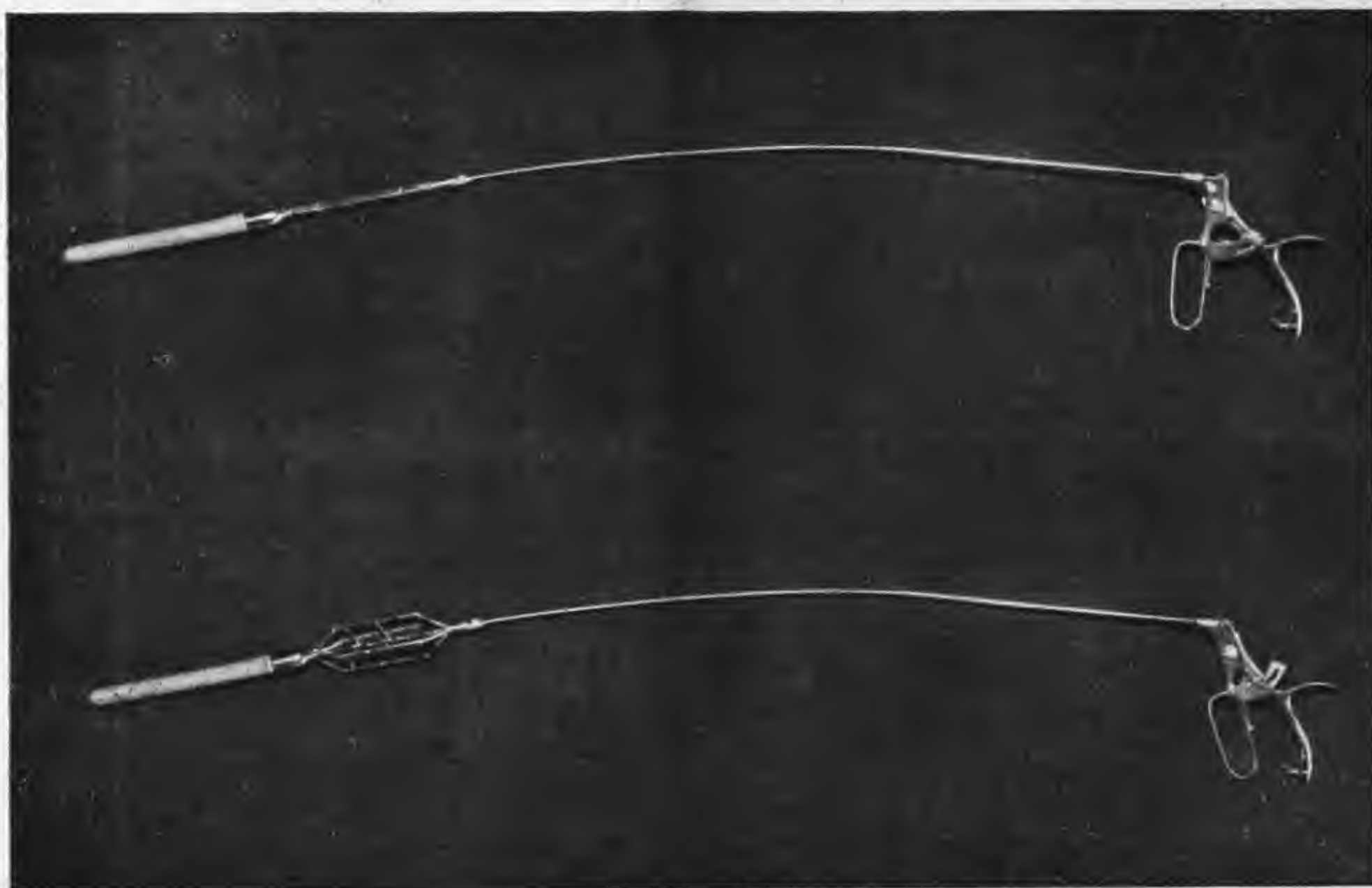



FIG. 4. — Cardio-dilatatore di Starck, chiuso (in alto) e aperto (in basso).

FIG. 5. — Radiografia del terzo caso (prof. Valenti) nel settembre 1933.

Nel settembre 1942 il nostro malato acconsentì finalmente a ricoverarsi nell'Ospedale di S. Giovanni di Dio e a sottoporsi alla divulsione meccanica del cardias con l'apparecchio di Starck che fu introdotto con la massima facilità sotto il controllo dei raggi (fig. 7). In una prima seduta si

FIG. 6. — Radiografia del terzo caso (prof. Valenti) nel settembre 1942, cioè dopo nove anni (sempre prima del trattamento).

praticò una divulsione parziale, ottenendosi *ipso facto* uno spiccato miglioramento dei disturbi distagici. Dopo tre giorni, con una nuova dilatazione spinta al massimo si ottenne un risultato sorprendente che si conserva fino ad oggi. Il malato è risuscitato a nuova vita, si alimenta normalmente ed è cresciuto in pochi mesi di parecchi chili in peso corporeo. Un controllo radiologico praticato in questi ultimi giorni dimostra la persistenza della ectasia esofagea, come nel primo caso da me studiato con il prof. Busi.

FIG. 7. — Apparecchio di Starck introdotto nell'hiatus cardiale e parzialmente aperto.

Per quanto esigua la casistica da me finora raccolta (pochi altri casi di megaesofago ebbi occasione di osservare senza potere istituire alcun trattamento per rifiuto dei pazienti), ritengo di essere autorizzato a concludere in favore della terapia incruenta di questa malattia, almeno come primo tentativo avanti di ricorrere ai metodi chirurgici i quali richiedono un trattamento incomparabilmente più complesso e più lungo e presentano maggiori rischi di insuccesso immediato. Di questo stesso avviso è Sauerbruch (*Zbl. Chir.*, 1937, p. 2329) e alla stessa conclusione è giunto pure Murtoni grazie all'esperienza di 11 casi trattati con la sonda di Plummer. Del resto io non ripeto altro che quello che ebbi già ad affermare nella adunanza della Società Tosco-Umbra di Chirurgia del 5 marzo 1938 (*Boll.*. 1938, p. 123) a proposito della comunicazione fatta da Forni su quattro casi da lui operati con la tecnica di Grégoire.

Senza dubbio con la divulsione strumentale del cardias non si deve pretendere di guarire tutti i casi di megaesofago e nemmeno di evitare sempre la recidiva. Nella importante statistica della Clinica Mayo riferita da Moersch cui abbiamo già accennato, si dovette ripetere più volte la dilatazione, nel 7 % dei casi. Ma recidive sono state lamentate anche dopo interventi cruenti. Pieri ne denuncia una su otto casi operati con il metodo di Heller.

Si deve pure francamente riconoscere che anche sulla terapia incruenta grava una non trascurabile mortalità. Su 968 casi Moersch lamenta 9 esiti letali per lacerazione dell'esofago, il che equivale ad una mortalità di quasi l'1 %. Berndt (*Zbl. Chir.*, 1937, pag. 2328) ha riferito intorno ad un caso di perforazione con l'impiego dell'apparecchio di Starck, ma sembra che si trattasse di una stenosi luetica sconosciuta. A proposito di questa comunicazione, Sauerbruch rilevò che i casi sfortunati sono probabilmente più numerosi di quel che si creda, perchè vengono di solito taciuti e non pubblicati. Ad ogni modo, un identico dubbio si può sollevare per le operazioni cruente e per quella stessa di Heller ritenuta la più benigna.

Quando non sia possibile introdurre il divulsore di Starck dall'alto, per abnorme decorso o per angolature ed incurvamenti dell'esofago, vi è chi ha consigliato d'introdurlo dal basso attraverso una breccia praticata nello stomaco e di praticare la dilatazione per questa via sotto il controllo della vista. Si ritorna così alla divulsione strumentale previa gastrotomia proposta dall'insigne clinico chirurgo di Bologna, Pietro Loreta, fin dall'ottobre 1883 e poi ripresa da Mikulicz venti anni dopo, nel 1903. E' proprio il caso di esclamare: *Multa renascentur quae jam cecidere!*

E chiudo questa breve nota ricordando un procedimento molto ingegnoso raccomandato recentemente da Koenig, consistente nell'introdurre il dilatatore di Stack nel cardias per via gastrica e nel praticare sulla parete anteriore del cardias disteso la miotomia secondo Heller-Delbet. Questo metodo che si può chiamare « combinato », da Koenig è stato finora applicato con ottimo resultato in tre casi riferiti da Talkemberger (*Der Chirurg*, 1941, p. 642). Ad esso sarei ricorso nell'ultimo mio malato, se non mi fosse riuscito di praticare la dilatazione per via orale.

RIASSUNTO

Sono brevemente riferiti tre casi di cardiospasmo con megaesofago sottoposti a terapia in-

cruenta: uno con la sonda di Gottstein, due con il dilatatore metallico di Starck. I buoni risultati ottenuti autorizzano l'A. a concludere in favore di tale terapia, almeno come tentativo prima di procedere ad un intervento chirurgico.

Su un caso di oloacrania con pseudo-encefalia.

Dott. GIAN PIETRO FERRERO
Borca di Cadore (Belluno).

Fra le mostruosità congenite abbiamo i difetti di sviluppo del cranio o cranioschisi (Förster), che consistono in lesioni ossee della scatola cranica con anomalie del contenuto cranico spesso ectopico.

Vi possono essere o no lesioni del tegumento esterno.

Questi difetti si suddividono nei riguardi della scatola cranica in:

Oloacrania o completa mancanza della scatola cranica;

Meroacrania o parziale mancanza della scatola cranica.

Nei riguardi delle modificazioni del cervello si suddividono in:

Exencefalia o cervello ectopico ma conservato;

Pseudo-Encefalia o cervello sostituito da una massa connettivo-vascolare;

Anencefalia o cervello assolutamente mancante.

L'acrania può essere vera o falsa.

La vera presenta: cranio imperfettamente conformato, faccia normale o quasi e partecipazione al difetto di sviluppo del tegumento cranico.

La falsa si ha quando il tegumento è integro ed il cervello normalmente (o quasi) conformato, fa ernia da una breccia cranica (Encefalocele, meningocele ecc.).

A noi interessa la acrania vera che si suddivide (con una suddivisione che tien conto delle due classificazioni precedenti) in:

Oloacrania o perdita di sostanza estesa alla squama del frontale, parietale, squama dell'occipitale. Vi è apertura superiore della cavità vertebrale.

La massa cerebrale manca, o, più spesso, è sostituita da tessuto connettivo vascolare.

La oloacrania cioè si accompagna sempre ad Anencefalia o pseudo-encefalia.

Meroacrania o perdita di sostanza limitata ad una parte del cranio.

Se detta perdita si ha anteriormente abbiamo la Proencefalia, se medialmente la Podencefalia, se posteriormente la Iniencefalia.

In questi casi il cervello è modificato ma è presente, oppure è sostituito da tessuto vascolare.

La meroacrania si accompagna cioè o a pseudoencefalia o, più spesso, ad exencefalia.

Più frequente è la oloacrania.

Secondo De Vecchi l'acrania in genere sarebbe più frequente nel sesso femminile (10 su 11 casi).

Si notano spesso associazioni con altre anomalie.

La più frequente è la rachischisi, ma vi possono essere pure ernie diaframmatiche, gastroschisi, ciclopia.

La faccia dei mostri acranici ha un aspetto caratteristico. Si nota: esoftalmia, lingua grossa e protusa, collo mancante, attaccatura bassa dei capelli.

Tutto ciò fa assumere a questi soggetti un aspetto di batracio o di bovino.

In qualche caso furono trovate anomalie degli organi interni.

Una anomalia che si riscontra sempre è la ipoplasia o addirittura la mancanza delle ghiandole surrenali.

Autori più antichi ritenevano che le surrenali fossero ipoplasiche o mancanti in toto. Secondo autori più recenti è ipoplasica o mancante solo la corticale, mentre invece la midollare è iperplasica. De Vecchi recentemente ha visto la surrenale ridotta in toto.

Le teorie che sono state invocate a spiegazione delle acranie sono varie e tutte criticabili e poco convalidate. Ne cito alcune: Klebs ritiene che la mostruosità dipenda da compressioni subite dal feto nell'utero materno.

Wegert pone in causa una anormalità del simpatico addominale e cervicale.

Zandor attribuisce la anormalità alla mancanza dei lobi anteriori del cervello.

Apert a malformazione degli organi genitali.

Browne afferma che negli acranici vi siano lesioni dell'ipofisi. Ma De Vecchi recentemente lo nega.

Pare invece che vi siano modificazioni della ghiandola tiroide e costantemente iperplasia del timo.

Dareste e con lui molti altri invocano un fattore meccanico, per esempio un arresto di sviluppo dell'amnios che impedisce lo sviluppo del sistema nervoso e quindi la chiusura cefalica del canale midollare e l'ispessimento della lamina midollare.

Altri autori, come Richter, Hertwig, pur non negando importanza al fattore meccanico, affermano che l'acrania può dipendere anche da cause non meccaniche ma interne.

De Vechi attribuisce la genesi delle acranie ad uno squilibrio ormonico, tenendo presente che sempre troviamo ipoplasia o mancanza delle surrenali ed iperplasia del timo.

Infine Rabaud sostiene che tutto dipende da una meningite fetale.

Come si vede le teorie sono molte e tutte suffragate da buone ragioni, per cui probabilmente tutte hanno una parte di verità.

La acrania è incompatibile con la vita. Qualche volta il feto può vivere qualche tempo, ma sono casi rarissimi.

Descriverò ora un caso di acrania, caduto sotto la mia osservazione l'estate scorsa nel comune di Borca di Cadore, importante più che per la rarità del caso, per il fatto che esso presenta un netto carattere ereditario.

Il feto partorito è di sesso femminile e pesa Kg. 2,500; lunghezza cm. 45: malgrado la piccolezza è ben conformato ed a termine. Colpisce subito la mancanza assoluta delle ossa craniche, la faccia ha il caratteristico aspetto di batrace: occhi esoftalmici, lingua tumida e sporgente, collo mancante, orecchie appuntite ed accartocciate. Persiste in parte l'osso frontale con normale tegumento su cui si impiantano radi capelli che arrivano sino alle sopracciglie. Al posto del cervello completamente mancante, si nota una massa angiomatosa, connettivo vascolare, che sanguina a lieve pressione; il canale cerebrale è aperto superiormente. Le ossa della base cranica sono intatte e normalmente conformate. Alla autopsia non si nota alcuna malformazione degli organi toracici ed addominali. A carico delle ghiandole interne si riscontrano iperplasia del Timo ed aplasia delle surrenali.
Apparato genitale normale. Si nota la persistenza dell'uraco non obliterato.
Nessun'altra anomalia degna di nota.

Ci troviamo pertanto di fronte ad un caso di acrania classificabile come oloacrania con pseudoencefalia.

La madre è una giovine donna in buone condizioni di salute; è primipara; nell'anamnesi personale non vi sono malattie degne di nota; il marito è sano e presenta Wassermann negativa. Negativa pure la Wassermann nella giovane madre. La gravidanza ebbe un decorso normale. Parto a termine eutocico. Vi era però un lieve grado di polidramnios e la placenta era molto piccola e quasi velamentosa.

Nell'amnesi familiare troviamo un fatto importantissimo nei riguardi della etiologia e cioè che circa 16 anni fa la madre della sposa ebbe a partorire una bambina che presentava una tipica acrania, del medesimo tipo del nostro caso. Anche nella madre della sposa la Wassermann è negativa.

Finora nelle ipotesi eziologiche non fu data alcuna importanza alla ereditarietà e pertanto ho voluto riportare questo caso in cui la ereditarietà domina e si impone come ipotesi eziologica.

RIASSUNTO

L'autore dopo aver premesso alcuni cenni sulle acranie, riporta un caso di oloacrania con pseudoencefalia a carattere nettamente ereditario.

BIBLIOGRAFIA.

BUSSI. Riforma Medica, 1908.
CERRUTI. Ann. Ost. e Gin., 1910.
D'ABUNDO. Riv. It. Neur., 1922.
TOHMS. Pathologica, 1919.
FOÀ. Trattato di Anatomia Patologica.
ASCHOFF. Trattato di Anatomia Patologica.
FRONTALI. Manuale di Pediatria.

SUNTI E RASSEGNE

MISCELLANEA.

Osservazioni sul trattamento dei traumi cranici in guerra.

(P. FRUGONI, *Ann. di Medic. Nav. e Colon.*, novembre-dicembre 1942).

Piero Frugoni riassume, in questo interessante lavoro, la sua più recente esperienza sui traumatizzati cranici della R. Marina in guerra.

L'A. rileva anzitutto la frequente estrema gravità di questi feriti sia per l'importanza delle lesioni (molteplicità, estensione e ampia deiscenza delle fratture; loro frequente localizzazione alla base del cranio), sia, quando si tratti di traumi non gravi, per il ritardo con cui spesso i feriti vengono, per necessità di cose, ricoverati e curati.

La casistica qui studiata dall'A. consta di 26 soggetti, dei quali 18 con fratture gravi ed esposte; cause delle ferite furono combattimenti navali, bombardamenti e mitragliamenti aerei, schianto delle varie strutture di navi, spostamenti d'aria tali da proiettare a distanza gli uomini presenti.

Le cure e le operazioni furono praticate nel Centro Neurochirurgico, diretto dall'A., dell'Ospedale M.M. di Messina.

Per quanto riguarda le cure generali, l'A. sottolinea l'importanza dei seguenti punti fondamentali: trattamento degli eventuali stati di shoc, scelta della posizione più opportuna in cui mantenere il paziente, regolazione del ricambio idrico, esclusione dell'uso della morfina e degli altri oppiacei.

Di fronte ai casi di ipertensione endocranica per edema cerebrale, la somministrazione quotidiana dei liquidi va limitata a 1.200-1.500 cc., la disidratazione favorita con solfato di magnesio « per os », la terapia con soluzioni ipertoniche di glucosio limitata ai malati sottoposti a cure sulfamidiche, in quelli cioè nei quali il solfato di magnesio è controindicato.

Si deve quanto più è possibile astenersi dal praticare punture lombari: eventualmente, eseguirle con estrema prudenza (posizione sdraiata, piedi alzati sul piano del letto, drenaggio lento del « liquor », pressione finale mai inferiore alla metà della iniziale ecc.).

Non cedendo l'ipertensione endocranica al trattamento medico, si esegua una decompressione sottotemporale D. secondo la tecnica di Adson, sempre che l'ipertensione non dipenda da emorragia intracranica, nel qual caso la terapia deve essere diretta ad arrestare l'emorragia e ad evitarne il ripetersi.

Quando vi siano ferite delle parti molli, è di regola la profilassi antitetanica e, molto frequentemente, indicata la terapia sulfamidica.

Per quanto riguarda il trattamento chirurgico, le ferite del cuoio capelluto vanno sempre suturate, previa escissione dei margini; le fratture comminute o avvallate esposte vanno sempre esplorate, i frammenti ossei di discreto volume e non completamente liberi vanno lasciati in sito e fissati con filo d'acciaio inossidabile; le fratture avvallate non esposte della regione frontale vanno sempre sollevate; le lesioni meningo-cerebrali vanno trattate in vario modo a seconda delle varietà delle lesioni stesse; negli ematomi sopradurali con lesione della meningea media — i più pericolosi — quest'arteria va subito legata. Le scheggie metalliche infisse nelle parti molli vanno sempre tolte; per quelle intracraniche, invece, le decisioni se estrarle o meno e se estrarle subito o in un secondo tempo saranno prese caso per caso a seconda del rischio operatorio, della presenza o meno di un processo infettivo localizzato, della presenza o meno di disturbi da esse scheggie causati.

Dal punto di vista della tecnica operatoria, l'A. consiglia di praticare incisioni rettilinee e di eseguire l'emostasi via via che si procede nell'operazione; inoltre in presenza di lesiori meningo-cerebrali esposte, di evitare di ribattere lembi osteo-periostei e, in presenza di grandi emorragie del focolaio cerebrale e dei seni venosi, di tamponare subito con striscie di cotone compresso imbevute di soluzione fisiologica a 50°-55° e, sopra questa, con una sottile lunghetta di garza, indi assicurarsi — aspirando al di sopra del tamponamento — che il sangue non filtri e chiudere completamente e rapidamente la ferita, rimandando di alcuni giorni l'emostasi definitiva; in presenza di emorragie meno imponenti, il tamponamento con cotone può esser tralasciato ed eseguito invece quello con la sola lunghetta di garza, disponendola a fisarmonica e in modo che ne fuoriesca dalla ferita l'estremità distale: la lunghetta può così venir estratta a poco a poco, nei giorni successivi, senza che si debba riaprire la craniotomia.

Per l'emostasi dell'osso si adoperi l'elettrocoagulazione; per le suture dell'osso e della galea, il catgut; per quelle del cuoio capelluto, il crine di Firenze.

Per colmare le perdite di sostanza della dura, l'A. suggerisce l'uso dell'amnioplastica in luogo del cargile, controindicato — come pure la seta e la cera da osso — nelle ferite di guerra per la possibilità che cargile seta e cera contribuiscano a mantenere attivo un eventuale processo suppurativo invisibile all'esame macroscopico.

Le ferite craniche esposte e le craniotomie, soprattutto in guerra, vanno di regola drenate: l'A. non ha visto nessuna infezione secondaria a drenaggio, nè durante la sua pratica di guerra nè in quella molto ampia (centinaia di craniotomie), sua e di altri, del tempo di pace.

Dei 26 casi oggetto del presente lavoro, uno solo, gravissimo e con lesioni — oltre che craniche multiple — cerebrali e viscerali e frattura della gamba S., è morto; tutti gli altri, 7 dei quali sottoposti ad interventi chirurgici, sono guariti. L'A. si sofferma su tre casi particolarmente interessanti: un marinaio di 22 anni, ferito alla regione parieto-occipitale sulla linea mediana, con ampia frattura esposta, comminuta ed avvallata della volta, fuoriuscita all'esterno di sostanza cerebrale, parziale emiplegia D. e forti parestesie dei 4 arti, e un'ampia lacerazione, da scheggia, del seno longitudinale superiore, lacerazione in corrispondenza della quale — tolta la scheggia — si verificò una improvvisa emorragia a getto; un marinaio di 19 anni, ferito alla regione occipitale. D. con frattura esposta, comminuta e avvallata, lesione meningo-cerebrale, emianopsia omonima S., modico ematoma sopra-durale e cospicua emorragia intracerebrale; un sommergibilista tedesco di 21 anni, ferito in varie parti del corpo, con stato di shoc, frattura esposta comminuta e avvallata del frontale D., lacerazione della dura, drenaggio di liquor all'esterno, emoperitoneo da rottura della milza e strappamento dei vasi splenici, ematoma sottoglissoniano, frattura della scapola e dell'ipofisi prossimale dell'omero D., paralisi del braccio D. del tipo Duchenne-Erb, per lesione del tronco superiore del plesso brachiale, e multiple fratture costali.

I primi due casi illustrano l'utilità delle modalità di tamponamento suesposte; il terzo,

che guarì completamente eccettuati gli esiti delle lesioni del braccio e del plesso brachiale, testimonia di quanto possa talora esser prezioso un intervento combinato e contemporaneo — quale appunto ebbe luogo per questo paziente — del chirurgo generale e del neurochirurgo.

L'A. termina rilevando l'assenza, nella sua casistica, di meningiti complicanti i traumi cranici, assenza ch'egli attribuisce alla profilassi sulfamidica e, nei casi di ferite drenanti liquor, alle medicazioni rese impermeabili con guttaperca negli strati esterni delle fasciature e al frequente rinnovo (anche più volte al giorno) delle medicazioni stesse.

A. B.

Sintomi e diagnosi dell'ipnuria.

(R. LACASSIE. *Presse Médic.*, 6 marzo 1943).

I fisiologi affermano che la notte non si urina. Questo avviene nei normali quando il sonno quotidiano è notturno; ma non avviene quado il sonno è diurno. Si chiama ipnuria la minzione o il gruppo di minzioni che avvengono volontariamente e coscientemente con interruzione del normale sonno diurno o notturno, rispettando il volume urinario totale e i rapporti volumetrici classici fra le urine del giorno e quelle della notte.

L'ipnuria ha sintomi costanti e sintomi variabili. Fra i costanti ci sono l'orario e il risveglio caratteristici; fra i variabili il volume, il numero e la densità delle minzioni.

L'orario è il fatto che colpisce di più. La minzione del sonno ha luogo a ora fissa con una differenza che non supera mai i trenta minuti. Il risveglio è identico in tutti. Il risveglio dal sonno normale è molto rapido contrariamente a quello che avviene nel sonno patologico o dovuto a somministrazione di ipnotici o nel risveglio per soprassalto. L'ipnuria dà un risveglio senza anomalie, con ricupero immediatamente dell'orientamento, del luogo degli oggetti, dei gesti da compiere, ordinandoli bene se sono complicati, con un ritorno completo della memoria che permette, dopo varie ore di sonno, di ricordarsi con esattezza l'ora e il numero delle minzioni. Però il risveglio della minzione differisce dal risveglio della mattina dopo un sonno normale pel fatto che è seguito molto rapidamente da ripresa del sonno.

Il volume di ogni minzione varia da 100 a 500 cc. La minzione del sonno equivale in media a quella dello stato di veglia. Nell'ipnuria vera invece il volume totale delle urine è sempre inferiore a quello delle urine diurne.

Il numero delle minzioni non supera abitualmente le tre.

Lo studio della densità delle varie minzioni non merita speciale commento.

L'ipnuria può rimanere isolata o associarsi a poliuria e allora prende il nome di pollachiuria notturna. E' un elemento del cosidetto piccolo brightismo. Si può giungere ad una predominanza del volume urinario notturno sul volume diurno. Questa è la nicturia, segno importante dell'ipertensione portale.

L'ipnuria così definita è di diagnosi facile e non si può confondere colle diverse incontinenze di urina, diurna e notturna, essenziale o sintomatica, nè colla minzione comiziale, nè col tenesmo vescicale o uretrale, che non sono disturbi del ritmo urinario.

Ci sono però delle pseudo-ipnurie. Così la pseudo ipnuria da risveglio forzato seguìto dall'alzarsi e la pseudoipnuria da insonnia.

Le ipnurie possono essere transitorie o durevoli e definitive. La forma transitoria non dura mai più di otto giorni o dieci, è unica, si presenta durante disturbi digestivi, e può essere frustra, o di media intensità, o molto intensa. La forma intensa è spesso associata a ipertermia e a colite con urobilinuria e nei bambini si può avere nel prurigo, nella elmintiasi, nella acetonemia.

Le ipnurie durevoli si protraggono per mesi e anni, ma possono guarire o spontaneamente o per una terapia adeguata. L'esempio più caratteristico è quello della pielonefrite, di cui l'ipnuria è sintoma precoce e ribelle. Si ha anche nella litiasi renale, nella tubercolosi renale, nel cancro renale. Nella gravidanza si può avere anche come sintomo precoce.

Le forme definitive hanno per carattere fondamentale di non guarire mai. Nei prostatici si complica rapidamente colla pollachiuria. Si può avere anche nelle cardiopatie scompensate.

L.

L'influenza dell'ormone follicolare sui processi di formazione normale e patologica del sangue.

(ZENCHTINGER. *Z. Klin. Med.*, 141-6, 1942).

L'A. ci presenta un'ampia illustrazione dell'argomento. Ricerche sperimentali dimostrano che nel ratto il numero degli eritrociti aumenta durante l'estro e che analogamente nella donna prima della mestruazione crescono tanto il numero che il contenuto emoglobinico dei globuli rossi; piccole dosi di ormone follicolare stimolano l'attività del midollo; dosi piccole e medie affrettano la coagulazione del sangue; dosi forti la ritardano; le dosi medie provocano anche leucocitosi e spostamento a sinisra della formula; dosi elevate impediscono l'attività del midollo. Queste osservazioni hanno indotto a saggiare l'ormone follicolare nei seguenti casi: 1) nella policitemia, con dosi forti (5-15 mg. di Progynon al giorno) per frenare l'eritropoiesi; 2) nella leucopenia, con dosi medie (1,5-3 mg.) per stimolare la formazione di granulociti, e nella leucemia linfatica per far diminuire la linfocitosi e aumentare la granulocitosi:; 3) nelle anemie

essenziali iporcromiche del climaterio, nella trombopenia, nell'emofilia e nelle anemie perniciose epatoresistenti, con piccole dosi (0,03-0,73 mg.) per stimolare il midollo e affrettare la coagulazione.

Con ottimo successo sono stati trattati 6 casi di policitemia, abbassando il valore emoglobinico da 120-125 a 110-101 e il numero delle emazie da 6-8 milioni a 4,7-4,8; il tumore di milza regredì e l'ipertonia scomparve. Le dosi furono di 5 mg. di Progynon B ol. forte, 1-3 volte al giorno per 2-3 settimane; nessun effetto generale spiacevole, spesso aumento di peso, senso di benessere, scomparsa della cefalea.

Tra le forme di leucopenia e di leucemia linfatica è particolarmente interessante il caso di una donna di 56 anni affetta da leucemia linfatica a decorso emolitico, nella quale le trasfusioni di sangue avevano portato un peggioramento e che era moribonda; il quadro cambiò ad un tratto: emoglobina ed eritrociti aumentarono in pochi giorni, diminuì il numero assoluto e relativo dei linfociti, i granulociti si spostarono verso sinistra, migliorò la resistenza globulare, diminuirono la bilirubinemia, l'ittero e gli edemi e la malata dopo 8 giorni potè alzarsi. Questa terapia trova una certa limitazione nel fatto che spesso l'azione ostacolante l'eritropoiesi si manifesta prima della stimolazione alla formazione dei granulociti; si ottiene però sempre un effetto favorevole sullo stato generale e sulle tumefazioni ghiandolari. Le dosi usate furono di 0,1-1 mg. di Progynon 3 volte al giorno per molte settimane.

Resultati più netti sono stati osservati con le piccole dosi (0,1-0,5 mg. 3 volte al giorno) nelle anemie ipocromiche essenziali, frequenti nel climaterio: una donna che per un anno aveva usato inutilmente preparati di fegato, reagì dopo pochi giorni alla somministrazione perlinguale di Progynon (3 confetti di 1 mg. al giorno); l'aggiunta di ferro affretta la neoformazione di emoglobina. Anche nella trombopenia del climaterio, nei disturbi del processo di coagulazione e nelle emorragie cutanee, l'ormone follicolare è stato applicato con successo in dosi che devono essere esattamente individualizzate; si comincia con 0,03 mg. 3 volte al giorno aumentando con prudenza fino a 0,3-10 mg.; per questa terapia si presta specialmente il Progynon a gocce.

F. J.

Su un caso di gravidanza doppia, di epoca differente, in utero bicorne con torsione di un corno.

(L. REALE. *Gazz. Med. Albanese*, luglio-agosto 1942).

L'A. riferisce il seguente caso: una donna di 29 anni, appartenente a famiglia sana, coniugata all'età di 19 anni, già madre di 3 figli viventi e sani (le gravidanze essendo state normali e i parti eutocici), soffre da 10 anni di dolori gravativi al quadrante inferiore destro dell'addome, dolori che sono stati più intensi durante l'ultima gravidanza e lo sono di nuovo da quattro mesi, epoca in cui è incominciata un'altra gravidanza.

All'esame obbiettivo si riscontra: dolorabilità addominale diffusa; tumefazione latero-posta a sinistra, nel piccolo bacino, con i caratteri di corpo di utero gravido al 7° mese circa; altra tumefazione, circa 2 dita sopra la branca orizzontale del pube, posta a destra con margine concavo verso il basso; collo dell'utero spostato verso sinistra; orifizio uterino posto trasversalmente e chiuso; vagina normale.

In seguito alla diagnosi di gravidanza uterina al 7° mese complicata da cisti ovarica torta sul peduncolo ed incuneata in parte nel bacino, si pratica una laparatomia, la quale dimostra la presenza di due semi-uteri, uno, a sinistra, gravido al 7° mese, l'altro, a destra, gravido al 4° mese e ruotato su se stesso in maniera che la sua faccia anteriore guarda la cavità pelvica. L'operatore si è limitato a ridurre in asse il semiutero destro.

L'A. prende occasione da questo caso rarissimo (un solo altro analogo egli ne ha trovato nella letteratura: quello dello Schindler) per soffermarsi sul capitolo della malformazioni uterine.

Secondo la classificazione proposta dal Felix, classificazione embriogenetica in rapporto allo sviluppo dei canali di Müller, tali malformazioni possono essere distinte in 10 gruppi:

1) mancata formazione unilaterale del rene primitivo, del canale di Wolff, del rene definitivo, dei canali di Müller e dell'ovaio: utero unicorne;

2) mancata formazione uni- o bilaterale del canale di Müller: utero unicorne;

3) mancata fusione dei canali di Müller: utero didelfo;

4) *a*) mancata fusione o *b*) fusione imperfetta delle parti del canale di Müller decorrenti nel cordone genitale; rispettivamente si possono avere le seguenti entità anatomo-cliniche:

(*a*) vagina doppia, cervice doppia, doppio corpo dell'utero;

(*b*) vagina « septa » o « subsepta » con collo e corpo dell'utero semplici; utero bicorne bicolle; utero duplice con corno parzialmente o totalmente rudimentario;

5 e 6) mancata demarcazione fra vagina, utero e tuba: utero bicorne rudimentario solido, spesso associato a malformazioni vaginali e cervicali;

7) *a*) mancato sollevamento delle pareti superiori dei corni dell'utero e mancata formazione del lume dei corni stessi, con o senza

mancanza di parti: utero bicorne unicolle; utero incudiforme; « uterus introssus arcuatus simplex »; utero bicorne unicolle con difetto secondario quasi completo dell'altro corno; utero bicorne con corno accessorio rudimentale, ma parzialmente cavo;

b) torsione frontale dei due corni con fusione parziale, in una cavità semplice incompleta, delle loro parti mediali: « uterus introrsus arcuatus subseptus »; « uterus foras arcuatus subseptus »;

8) mancata lisi del cordone epiteliale solido centrale: imene impervio;

9) malformazioni varie per anomalie nello sviluppo della muscolatura delle pareti uterine e nelle proporzioni delle singole sezioni dell'utero;

10) mancata discesa laterale della tuba e dell'ovaio e insufficiente sviluppo della parete tubarica: malformazioni che rientrano nel quadro generale dell'infantilismo; abbassamento dell'intero apparato genitale entro la cavità pelvica.

Le malformazioni dell'apparato genitale femminile possono dar luogo a molteplici disturbi e a incidenti, di solito piuttosto gravi, durante la gravidanza e il parto. Vanno ricordati: i dolori mestruali localizzati alla regione sovrapubica o ai quadranti addominali inferiori; le presentazioni fetali sfavorevoli; la rottura delle pareti uterine durante il parto; alcuni disturbi del secondamento, p. es. da placenta accreta e da placenta impiantata sul setto di utero bicorne; la morte del feto e la rottura del corno, in alcuni casi di gravidanza in corni accessori rudimentali; le tossicosi gravidiche, che sembra siano favorite da alcune delle malformazioni suddette.

La diagnosi generica di malformazione e quella specifica del tipo di malformazione in causa sono assai difficili, a meno che qualche concomitante malformazione dei genitali esterni non ne suggerisca il sospetto.

Può essere d'aiuto l'isterosalpingografia.

Nei casi di corno uterino rudimentale gravido, la diagnosi differenziale va fatta con i tumori annessiali, le cisti ovariche, i miomi e la gravidanza extrauterina.

Interventi chirurgici varî sono indicati nelle seguenti condizioni patologiche: ematometra di un corno rudimentale atresico; ematometra bilaterale di un utero doppio; gravidanza in corno rudimentario, in qualunque stadio (laparatomia, seguita, a seconda dei casi, dall'amputazione del corno gravido o di entrambi i corni); gravidanza in utero bicorne a corni di uguale o quasi uguale sviluppo (operazione di Strassmann: sezione mediale dei due semiuteri e successiva sutura di essi).

A. B.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE

CIAMPOLINI ARNOLFO. *I matrimoni nulli al lume della biologia.* (Questioni mediche nel diritto matrimoniale). Roma 1943, ditta Luigi Pozzi editore, pag. 220. Prezzo L. 60 nette.

È in questa nuova opera una manifestazione ancora della inesauribile fecondità scientifica, e sotto alcuni aspetti letteraria, del Ciampolini, la cui fervida intelligenza trovò particolare campo di estrinsecazione, con il sussidio di una vasta coltura, in materia di eventi patologici collegati con il trauma, specialmente in rapporto con quello da infortunio. Le nostre provvide leggi, antisignane di ogni progresso civile e sociale, rivolte agli infortuni del lavoro diedero lo spunto al nostro autore per opera amplissima su tale argomento di patologia, di giurisprudenza e di sociologia.

Tra gli infortuni, e forse tra i peggiori, egli inserì anche quelli matrimoniali, estesamente illustrando l'art 121 del Codice Civile nei disastrosi eventi di quella incapacità a compiere l'amplesso e a renderlo fecondo, per cui il matrimonio legalmente è nullo. Era ben naturale che l'opera dedicata a così importante e delicato argomento ne suggerisse altra a più vasti orizzonti illuminati dalla grande fiamma della Biologia.

L'organizzazione famigliare, intesa come convivenza e fusione materiale e spirituale dei due sessi allo scopo essenziale, in senso biologico unico, di rendere feconda la donna, generare e quindi conservare la specie, domina la sessuologia, che è per suo conto la pietra basale dell'Eugenica e della Eugenetica. L'una e l'altra, che si fondono nel concetto della prevenzione, della correzione e della migliore conservazione dei prodotti della fecondazione, costituiscono la dottrina della disciplina giuridica del matrimonio. L'A. premette questi concetti alle questioni più direttamente collegate alle finalità essenziali del suo lavoro.

Risalendo con metodica sistematica alle origini dell'evento matrimoniale tratta dell'età minore, come limite alla capacità giuridica di contrarlo, e particolarmente si interessa degli attributi biologici e psico-fisici della pubertà, con riferimenti ai canoni della giurisprudenza ecclesiastica e dagli articoli del nostro codice, in cui, come in tutto il ricco contenuto dell'opera, l'A. rivela un senso critico che, pur talvolta acquistando un tono polemico, conserva sempre la gravità di una convinzione serena, e il garbo di una deferente correttezza.

Senza preconcetti ed esagerazioni, che non sarebbero conciliabili con una visione strettamente biologica della questione, si occupa dell'unione tra consanguinei concludendo con un giusto criterio di opposizione, pur se talvolta contradetto da fatti che sono l'eccezione piuttosto che la regola.

Ammesso come principio assiomatico l'influsso sui discendenti dell'eredità morbosa dei coniugi, si svolge un capitolo tra i più interessanti sulla necessità che nella costituzione del matrimonio intervenga l'igiene sociale, e si imponga chiara e rigida la ragione superiore della sanità della stirpe, ma con quella larghezza di vedute e moralità di mezzi coercitivi che la nostra razza e le nostre tradizioni etiche e religiose, come noi pensiamo, impongono.

Si occupa l'A. degli « impedimenti » alla validità del matrimonio, e tra essi dell'errore sulle qualità fisiopsichiche del coniuge, argomento quanto mai scabroso e spinoso nella sua tessitura a maglie molto larghe e elastiche, a colori molto incerti, a effetti giuridici particolarmente complessi, e l'A. si indugia molto opportunamente sulla degenerazione sessuale, perversione e inversione, e sulla sua interferenza nei rapporti tra coniugi.

Trattata la questione, che è il capitolo emergente nel quadro psicologico, del consenso al vincolo, e dell'influenza sulla libera volontà del fattore emotivo, e molto brevemente di quella delle sindromi psicosiche nella capacità di intendere e di volere, dedicata una parte di speciale rilievo alla pisicopatologia della fecondazione, dell'impotenza maschile e femminile e dell'infecondità coniugale, si chiude l'opera con uno studio giuridico sul « patto di non procreare », sulla ricerca della paternità e si conclude con alcune osservazioni sul razzismo e sul meticciato nel diritto civile italiano.

Quanto abbiamo sovra esposto sulle qualità più caratteristiche del libro del Ciampolini riteniamo corrisponda a una semplice illustrazione dei molteplici argomenti che lo costituiscono, ma tuttavia sufficiente a dimostrare la sua grande importanza e il particolare interesse che può destare la sua lettura per i medici, i giuristi, i sociologi e per tutti coloro che comunque siano desiderosi di conoscere i destini più intimi della propria vita, di quella dei discendenti e infine della razza a cui appartengono. GIULIO MÒGLIE.

CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

HALLGREN R. *Epidemic hepatitis in the country af Västerbotten in northern Sweden.* Acta med. scand., Suppl. 140, 1942.

La maggior parte degli AA. considera l'epatite epidemica una malattia contratta per contatto diretto. Altri pensano a infezione per via digestiva. Il problema è tuttora aperto. L'A. ha osservato un focolaio di epatite epidemica forte di 178 casi, in un sanatorio della Svezia settentrionale; fu dimostrato che la origine della epidemia era idrica, per inquinamento di un pozzo.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Il focolaio si estinse 34 giorni dopo l'esclusione della fonte inquinata.

Non si ebbe ad osservare nessun caso fra le 188 persone che vennero a contatto con gli ammalati di epatite, dopo che la fonte infetta era stata bonificata. Il tempo di incubazione oscillò fra 34 e 52 giorni.

Lo morbidità toccò il 32 %, senza differenze di sesso.

Dal punto di vista clinico, ci fu uno stadio preitterico, di durata variabile da 6 a 16 giorni. L'ittero durò 4-6 settimane e nel 13 % dei casi fino a 55 giorni dopo la fine clinica della malattia, la prova del galattosio dimostrò un lieve danno epatico.

Modica compromissione delle condizioni generali (perdita di peso), scarsa febbre, aumento della velocità di sedimentazione degli eritrociti.

In generale la malattia fu più intensa nei primi ammalati e più lieve negli ultimi casi, comparsi verso la fine dell'episodio.

Fra i sintomi subiettivi dominarono quelli a carico dell'apparato digerente; nausea e vomito furono osservati nel 72 % dei casi.

Il numero dei globuli rossi era lievemente aumentato in tutti i casi, per ispessimento del sangue. M. COPPO

A. ZUBIANI.G *La mielografia, la sua tecnica e i suoi risultati.* Vol. in-8°, di pag. 150. Cappelli editore, 1943, L. 60.

Questo libro appartiene alla collezione di attualità neurologica edita dal Cappelli e già diretta dal Besta.

L'A. vi raccoglie in una parte sistematica dottrinale quanto è noto sull'argomento e nello stesso tempo nei singoli capitoli raccoglie parte del materiale clinico radiologico raccolto negli ultimi 15 anni nell'Istituto radiologico di Milano per impulso e sotto la guida del Besta.

La memoria dello Zubiani rappresenta un buon contributo sull'argomento e sulle applicazioni cliniche della mielografia.

E. MILANI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA

Su tre casi di encefalite post-broncopneumonica.

Lo studio delle encefaliti acute dell'infanzia risale al principio del secolo scorso. Ma solo alla fine del secolo scorso l'argomento fu studiato più profondamente.

Sono state descritte sindromi encefalitiche dopo vaccinazione, vaiuolo, varicella, morbillo, scarlattina, parotite, difterite, pertosse, polmonite, broncopolmonite, enterite acuta, cistopielite da b. coli, tifo e paratifo, reumatismo articolare acuto, otiti, herpes zoster, rinofaringite, malaria, infezioni di origine genitale, infezioni di origine sconosciuta.

Secondo alcuni si tratta sempre di un virus unico, che sarebbe lo stesso che provoca la poliomielite e l'encefalite letargica.

I casi di encefalite post-broncopneumonica riportati nella letteratura sono molto scarsi. Per questo E. Durando (*La pediatria del medico pratico*, novembre 1942) ha voluto descrivere tre casi da lui osservati. Le sindromi nervose presentate dai malati furono in un caso paralisi flaccida degli arti superiore destro e inferiore destro, dermografismo rosso, riflessi rotulei vivacissimi, strabismo, ptosi palpebrale sinistra, in un altro, anch'esso seguito da morte come il precedente, rigidità nucale, strabismo, dermografismo, offuscamento del sensorio, inquietudine e agitazione. Nel terzo caso, che guarì, si ebbero scosse muscolari durante il sonno, agitazione, bruschi risvegli, febbre altissima, rigidità nucale, opistotono, Kernik presente, stato soporoso.

Tutte le forme encefalitiche sono caratterizzate dall'improvviso elevarsi della temperatura a oltre 40° senza nessun prodromo. Il liquor non presenta caratteri speciali. Le sindromi dell'encefalite possono essere: la convulsiva, la sonnolenta, paretica e comatosa, le paralitiche, l'atassica, la corea acuta e la coreo-atetosi, la sindrome di sclerosi a placche acuta, le sindromi algo-miocloniche, le sindromi sensoriali, la sindrome pseudotumorale, le sindromi psichiche.

Le conseguenze delle encefaliti, che possono anche regredire, possono essere le convulsioni, le paralisi, le contratture, dei disturbi sensoriali e psichici, il diabete, la sindrome adiposo-genitale.

Secondo Von Bogaert l'encefalite non è che l'espressione di fenomeni allergici, la cui predisposizione è rappresentata da una fragilità del cervello del bambino, che può essere aumentata per disposizioni familiari (alcoolismo, neuroartritismo, sifilide, turbe mentali) o per traumatismi d'antica data (ostetrici). Come causa occasionale si deve ammettere una malattia infettiva e fra queste in particolare le malattie dell'apparato respiratorio, perchè esse dànno una vasodilatazione cerebrale.

L'agente causale ci è ignoto.

La prognosi non è sempre infausta.

La terapia consiste nel riposo in letto, vescica di ghiaccio sul capo, bagni antitermici, bromuro, cloralio, la puntura lombare, auemoterapia, autoliquorterapia, tripaflovina, urotropina, uroformina, salicilato sodico per via endovenosa.

Oggi raramente si ricorre all'ascesso di fissazione.

Nei postumi si può tentare la scopolamina, l'ergotamina e, nei casi di brachipsichismo, l'opoterapia con l'embriorina. L.

TERAPIA

La vitamina E e le sindromi neuromuscolari.

La vitamina E dice P. Puig-Muset (*Rev. Clin. Españ.*, 15 dicembre 1942) ha dato buoni risultati terapeutici nella tendenza all'aborto, nelle distrofie muscolari, nell'otosclerosi e nella sclerosi laterale amiotrofica.

Risalgono al 1927 le prime osservazioni di paresi delle estremità posteriori nel ratto giovane alimentato senza vitamina E e al 1931 l'osservazione di una distrofia muscolare progressiva dovuta a dieta priva di questa vitamina.

La vitamina E agisce facilitando la nutrizione del tessuto neuromuscolare. Poichè nella distrofia muscolare c'è una notevole diminuzione dei fosfolipidi muscolari si deve ritenere esatta la teoria di Meldolesi che la deficienza pancreatica sia la causa della malattia. Deficienza fosfolipidica si ha anche nella sclerosi multipla, nell'encefalomielite acuta disseminata, nella sclerosi cerebrale diffusa, nella sclerosi laterale amiotrofica e nelle mielopatie dell'anemia perniciosa, come pure nell'atetosi doppia congenita o stato demielinizzato del corpo striato e nel latirismo.

In tutte queste affezioni si hanno risultati estremamente favorevoli dalla terapia con vitamina E.

L'A. si è servito sopra tutto di un estratto lipoideo di cervello che è estremamente ricco in lecitina e cefalina a cui ha aggiunto la vitamina E. I risultati che ne ha avuti sono stati buonissimi e coincidono con quanto ha fatto Balducci che ha curato gli esiti della poliomielite anteriore con vitamina E, vitamina B_1 e aceticolina durante l'iperpiressia provocata dallo zolfo. L.

L'auroterapia della sifilide.

Sperimentalmente l'auroterapia della sifilide ha dato buoni risultati nell'infezione artificiale del coniglio; nell'uomo invece non ne ha dati a causa di spiacevoli fenomeni acces-

sori. Tuttavia la tollerabilità dei composti aurei è andata sempre migliorando specialmente per i più recenti: Solganal, Solganal-B e Neo-Solganal (1937). Gli effetti più importanti dell'oro sono l'attivazione del sistema reticolo-endoteliale e l'aumento della vitalità delle cellule connettive mesenchimali; inoltre il Solganal accresce il contenuto in globuline e fibrinogeno del plasma ed aumenta il potere battericida del sangue e quello fagocitario degli endoteli.

R. Geiger (*Wien. Med. Woch.*, n. 46, 1941) ha osservato che il Neo-Solganal Schering, per via endovenosa, agisce rapidamente sulle manifestazioni della sifilide recente. In principio tentativi di cure abortive con le dosi VI (gr. 0,5) e VII (gr. 1) del preparato per iniezioni hanno dato luogo a disturbi: brividi, febbre, cefalea, nausea, albuminuria, comparsa nel sedimento di cilindri granulosi, leucociti, epiteli e qualche eritrocita; tali fenomeni in generale non sono allarmanti; spesso si hanno anche reazioni di focolaio, che in un caso giunsero alla formazione di un'ulcera profonda; si osserva pure temporaneo aumento della velocità di sedimentazione e leggero spostamento a sinistra della serie bianca:; un paziente presentò un esantema a tipo di orticaria e un altro ittero. Quasi sempre questi fenomeni secondari si possono dominare iniettando il preparato disciolto, invece che in soluzione fisiologica, nel T. C. 6. (Tiosolfato calcico), talvolta associando la somministrazione di vitamina C, distanziando le iniezioni e diminuendo le singole dosi. La cura non ha mai superato un totale di g. 15, ma si deve arrivare a 20. Il Neo-Solganal è stato provato anche in 8 soggetti nei quali, nonostante ripetute cure, la Wassermann restava ostinatamente positiva; in uno la reazione divenne negativa, in 2 fu modificata e in altri 2 risultò negativa dopo due periodi di cura. Concludendo, il preparato vince rapidamente le manifestazioni cliniche della lue recente, tanto che sono possibili le cure abortive, con evidente influenza sulla sieroreazione; nella sifilide latente e congenita, con reazione positiva, il Neo-Solganal sembra più efficace degli altri metodi terapeutici; la cura non è nè più nè meno pericolosa di altre cure con metalli pesanti e con un attento controllo del paziente (funzione renale, esame del sangue) si possono evitare spiacevoli effetti accessori. Il medicamente merita ulteriori prove cliniche.

A.

Il trattamento con gli anti-istaminici.

L'importanza attribuita all'istamina nella patogenesi di numerosi fenomeni morbosi ha dato un interesse di primo piano ai medicamenti capaci di neutralizzarne gli effetti. Célice, Perrault e Durel (*Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 3 luglio 1942) ritengono che fra i numerosi mezzi proposti al riguardo l'urico degno di considerazione sia il 2339 R.P. di Halpern. E' un prodotto relativamente poco tossico e notevolmente attivo, perchè protegge la cavia contro 60 dosi letali d'istamina. Queste proprietà antistaminiche, il cui meccanismo d'azione non è chiaro, sono state confermate per l'uomo.

In clinica è stata adoperata sopra tutto la via orale con dose (gr. 0,40-gr. 1 al giorno) che variano secondo la tolleranza individuale. I disturbi provocati dal medicamento sono gastrici nausee e vomiti) e centrali (vertigini senso di vuoto nella testa). Talvolta sono così gravi da impedire la continuazione del trattamento, ma in genere sono tollerabili e tendono a diminuire progressivamente. La tolleranza gastrica è migliore se si dà il medicamento alla fine dei pasti o con un po' di zucchero.

Il 2339 RP è preparato sotto forma di compresse di gr. 0,10, che possono essere prese una o due per volta un'ora prima il massimo presunto del disturbo che si vuole combattere.

Nella malattia serica il trattamento non supera i 5 giorni. Ha dato in genere risultati molto soddisfacenti.

Nell'urticaria sono stati altrettanto buoni, specie in quelli di origine digestivi.

In 9 casi di asma si è avuto un sensibile miglioramento (crisi attenuate e distanziate).

Nella rinite da fieno scompaiono le rinorree e gli starnuti.

In conclusione si può affermare il 2339 RP come un vero antistaminico efficace in parecchie affezioni, il cui inconveniente consiste talvolta nella scarsa intolleranza individuale.

DR.

LABORATORIO

Sieroreazioni nella malaria terzana.

La malaria terzana dà un'alta percentuale di sieroreazioni positive aspecifiche. Nelle infezioni fresche altamente febbrili, dopo il 4°-5° accesso le reazioni sierologiche sono positive fino al 90% dei casi. Spesso la reazione risulta positiva fin dai primi accessi febbrili. Per lo più positive risultano la Wassermann e la reazione di Kahn, mentre la Meinicke, la più frequente tra le reazioni aspecifiche, nella malaria risulta spesso negativa. La positività delle reazioni si mantiene a lungo anche dopo cessata la febbre e dopo scomparsi i parassiti dal sangue, anche la cura chininica la influenza molto lentamente. Se non si conosce la frequenza delle reazioni sierologiche positive nei malarici si può incorrere in errori diagnostici gravi: questi pazienti sono spesso sottoposti a cure specifiche intense e ripetute, perchè la Wassermann si mantiene positiva: tali casi sono riferiti da H. Harmsen e A. Hauser (*Deut. Medizin. Wochenschr.*, 19 febbraio 1943. Particolarmente facili sono questi errori nei malarici latenti. Le sierorea-

zioni aspecifiche hanno una certa importanza prognostica nella malaria. Infatti i casi in cui le reazioni sono intensamente positive, rispondono bene alle cure chininiche e danno per lo più guarigioni definitive della malaria. Invece nelle forme di malaria che tendono alle recidive, le sieroreazioni risultano negative o presentano solo transitoriamente una lieve positività. Esiste evidentemente un rapporto tra l'esito negativo delle sieroreazioni e una anergia del sangue che ostacola la tendenza alla guarigione. P.

IGIENE

Il pericolo ossicarbonico creato dalle circostanze attuali.

Negli ultimi inverni, dice A. Kling (*Presse mèdic.*, 6 marzo 1943), è cresciuto notevolmente il numero delle intossicazioni da ossido di carbonio. Nel solo dipartimento della Senna si sono avuti nel 1941 e 1942, 2691 intossicazioni, di cui 814 mortali. La maggioranza delle intossicazioni è dovuta al gas per illuminazione. Vengono poi, in ordine di frequenza, quelle da stufa e da caminetto e quelle da impiego di gasogeno per autoveicoli.

Il notevole numero di intossicazione da gas si deve all'estensione del riscaldamento a gas per deficienza di altri carburanti, al tasso elevato di ossido di carbonio nel gas attualmente distribuito e all'utilizzazione di apparecchi da riscaldamento a gas mal concepiti, difettosi o mal diretti.

Escludendo casi in cui c'erano dei guasti meccanici, la grande maggioranza degli incidenti si deve a negligenze degli utenti, le quali permettono la diffusione del gas nell'ammiente. In qualche caso la diffusione nell'ambiente è dipesa da tubi di gomma che avevano perdite, in altri da mancanza di tubi di evacuazione dei gas bruciati, dal cattivo stato di alcuni radiatori o di impianti fatti da incompetenti come sono gli utenti stessi.

Il contenuto di ossido di carbonio nel gas è salito dal 7 al 20%. Questo aumento provoca un abbassamento del potere calorifero. Inoltre, per la diluizione del gas con acqua, il gas stesso viene ad avere odore meno forte e perciò le fughe di gas sono meno facilmente avvertite.

Il mezzo migliore per ridurre il numero degli incidenti è quello di aggiungere al gas di illuminazione del gas lacrimogeno in quantità tale che la soglia di aggressività del gas lacrimogeno sia raggiunta prima che la quantità di ossido di carbonio raggiunga una percentuale pericolosa.

Per quanto riguarda gli apparecchi di utilizzazione, è bene proibire la vendita di apparecchi che non siano stati collaudati da persone competenti e autorizzate. Gli apparecchi da riscaldamento devono avere un ottimo tiraggio. Inoltre è bene diffondere fra gli utenti le nozioni fondamentali sui pericoli dell'utilizzazione del gas e degli altri combustibili che possono sviluppare ossido di carbonio.

L.

VARIA

"Cose inaudite,,.

A Londra, il «Daily Mail» dichiara «insopportabile» l'agnosticismo delle pubbliche autorità britanniche in fatto di assistenza contro la tubercolosi. Il giornale riferisce, in un articolo intitolato «Cose inaudite», che in questi ultimi tempi vari ospedali e molti preventori antitubercolari sono stati chiusi per mancanza di letti e di personale, e che i malati sono stati rimandati alle loro case. «Tutto ciò spiega, — prosegue il «Daily Mail», — come la tubercolosi, già tanto diffusa in Gran Bretagna, abbia fatto, durante la guerra, spaventosi progressi, specialmente fra i giovani, tanto che, a Londra soltanto, la mortalità per tubercolosi supera già di quasi cinque volte quella di prima della guerra». E pensare che nella criticata, spregiata e combattuta Italia fascista, la media della mortalità per tubercolosi segna, durante la guerra, una considerevole diminuzione!

(*Messaggero*, 15 apr. 1943).

Insufficienze scientifiche.

Chi ha letto Fouillé sa che, scavando alla Salpêtrière, si trovarono moltissime ossa umane, e si pensò fossero i resti dei soldati alleati sepolti nel 1814; anzi una commissione di anatomisti individuò con precisione i crani dei soldati finnici e quelli dei soldati celti. Pochi mesi dopo, riordinando i registri del Comune, si scoprì che quei crani appartenevano tutti alle donne di Parigi morte di colera nel 1832 e sepolte alla Salpêtrière... Però gli anatomisti avevano individuato con precisione!

(Titta Madia, in *Popolo d'Italia*, 23 marzo 1943).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento corporativo.

Disciplina della circolazione stradale: per i sanitari.

Il Commissariato Generale per i combustibili liquidi, carburanti e lubrificanti ha diramato precise disposizioni per la disciplina delle autovetture, dei motocicli e dei motoscafi per uso privato. Tra l'altro, si richiama l'attenzione dei Consigli Provinciali delle Corporazioni sulla situazione dei medici e dei veterinari. La concessione delle licenze di circolazione a tali professionisti va scrupolosamente esaminata in relazione all'età dei richiedenti, alla loro specializzazione, alla natura della zona in cui svolgono la loro attività, all'ampiezza della clientela, ecc.

Si terrà presente che medici giovani possono di massima far uso di biciclette; che medici condotti di piccoli centri a popolazione raggruppata possono fare a meno di autovetture, ecc.

Ai medici e veterinari richiamati alle armi dovrà ritirarsi provvisoriamente la licenza di circolazione che può rimanere in consegna del competente C. P. C. per essere restituita all'interessato all'atto del suo ricollocamento in congedo.

Quando trattisi di medici e veterinari condotti, ai supplenti potranno essere rilasciati, a firma dei Prefetti, permessi provvisori di circolazione validi fino al rientro dei titolari, ai quali, in tal momento, dovrà essere restituita la licenza custodita presso i Consigli Provinciali Corporativi.

MEDICINA SOCIALE

La rieducazione professionale degli invalidi di guerra.

L'« Istituto per la rieducazione e l'avviamento al lavoro degli invalidi di guerra » di Milano, iniziata la sua attività nell'ottobre scorso, è entrato nel pieno svolgimento del suo programma, nella sua sede di commissione provinciale in via Cavallotti 5; esso è ora in grado di provvedere alla rieducazione dei nuovi invalidi di guerra in ogni campo e in ogni luogo e, precisamente, anche nelle piccole officine dei paesi lontani da ogni centro.

Provvede a tale rieducazione nei centri più importanti mediante istituzione di corsi speciali riservati agli invalidi i quali non possono riprendere l'antico mestiere, ma dimostrano per altro possibilità di ricupero in altro o che invece hanno necessità di imparare a esercitare l'antico con speciali apparecchi che sostituiscano gli arti mancanti. A questi invalidi l'Istituto, oltre a sostenere le spese inerenti al corso, corrisponde una indennità giornaliera di 18 lire se celibi, di 21 se ammogliati, aumentate di 2 lire per ogni figlio a carico sino a tre. Inoltre rimborsa le spese di abbonamento per i mezzi di trasporto occorrenti a raggiungere la sede del corso, per chi risiede fuori del centro ove esso si svolge.

A coloro invece che frequentano i corsi di affiancamento, addestramento e perfezionamento negli stabilimenti dopo il normale orario di lavoro, oltre alla paga normale corrisposta dal datore di lavoro, dall'Istituto viene erogata l'indennità di 5 lire giornaliere. Per coloro che vengono rieducati per affiancamento negli stabilimenti od officine durante il normale orario di lavoro ma dal datore di lavoro non possono ricevere la retribuzione in quanto non producono, verrà corrisposta la indennità pari a coloro che frequentano i corsi nelle scuole.

A lato di questa rieducazione negli stabilimenti ove non può effettuarsi l'istruzione teorica saranno istituiti speciali corsi di istruzione tecnico-didattica, così che si abbia la possibilità di creare operai che abbiano oltre che le cognizioni pratiche anche quelle teoriche.

La rieducazione non impedisce all'invalido di scegliere poi un'altra occupazione che più gli aggradi e precisamente quella di fattorino, portiere, inserviente, ecc., di privati o pubblici uffici, ai quali posti però, per evitare un'incongruenza verificatasi in passato, è bene siano prima immessi quelli afffetti dalle più gravi mutilazioni e per i quali non vi può essere rieducazione possibile.

CONCORSI

Borse di perfezionamento.

Il Ministro dell'Educazione nazionale ha bandito il concorso a otto borse di perfezionamento negli studi presso una Università o Istituto dell'ordine universitario del Regno e a sedici borse di perfezionamento presso una Università o Istituto universitario straniero per l'anno accademico 1943-44-XXI. Tre di queste borse sono assegnate alla Facoltà di medicina e chirurgia (una per l'interno, due per l'estero).

L'importo di ciascuna borsa è, per l'interno di L. 6.000 lorde, per l'estero di L. 11.000 lorde.

Sono ammessi al concorso coloro che hanno conseguito la laurea in medicina e chirurgia in uno degli anni accademici 1937-38, 1938-39, 1939-40, 1940-41, 1941-42.

I candidati di servizio a cui sia assegnata una delle borse messe a concorso e che non siano in grado di goderne per l'anno accademico 1943-1944-XXI, potranno ottenere il rinvio all'anno accademico 1944-45-XXI.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

RICOMPENSE AL VALOR MILITARE.

È stata conferita la medaglia di bronzo al V. M. al dott. Giovanni Breziok, dal Comando Marina di Ajaccio, con la seguente motivazione:

« Capo servizio sanitario di C. T. di scorta a convoglio nel corso di un violento attacco di aerei nemici, incurante del mitragliamento, si prodigava coraggiosamente a soccorrere e rincuorare i numerosi feriti. Cessato l'allarme, continuava per molte ore la sua opera instancabile con elevata capacità professionale effettuando in difficili circostanze interventi di estrema urgenza ». (Determinazione del 14 gennaio 1943-XXI).

Il prof. Beniamino De Vecchis, che da moltissimi anni collabora nel nostro periodico, è stato con recente decreto, nominato ordinario di clinica odontoiatrica nella R. Università di Pisa, dopo essere stato primo ternato nel concorso svoltosi nello scorso novembre per la cattedra della stessa disciplina alla Università di Bologna.

Vadano al prof. De Vecchis le nostre cordiali felicitazioni.

A succedere al compianto prof. Salvatore Cappellani nella Clinica ostetrica e ginecologica dell'Università di Napoli, è stato chiamato il prof. Giuseppe Tesauro dell'Università di Messina, ove egli ha tenuto l'insegnamento per sei anni ed ha ricoperto anche la carica di preside della Facoltà.

Il prof. K.-H. Bauer è passato dalla direzione della Clinica chirurgica di Breslavia a quella di Heidelberg.

NOTIZIE DIVERSE

Per il prof. Marotta.

Il 21 aprile 1943-XXI la Reale Accademia d'Italia ha tributato all'Ecc. prof. Domenico Marotta, Direttore generale dell'Istituto Superiore di Sanità, il seguente encomio solenne:

« Fra quanti nell'ultimo ventennio hanno cura-
« to in Italia la formazione di grandi centri di
« ricerca scientifica sta in primo piano Domenico
« Marotta.

« Come ricercatore e come storico della scienza
« ha al suo attivo una vasta produzione scientifica
« personale.

« Come Direttore dell'Istituto Superiore di Sa-
« nità, è riuscito in pochi anni ad assicurare vita
« e consistenza a quel poderoso organismo, che co-
« stituisce oggi uno dei maggiori istituti scientifi-
« ci di Europa. Egli lo ha dotato nel modo più am-
« pio e moderno, e, valendosi anche dell'opera di
« eminenti collaboratori, ha curato con entusiasmo
« e con sicura conoscenza dei grandi problemi
« scientifici attuali, tanto le grandi linee quanto
« ogni aspetto dell'attività dell'istituto. La quale
« attraverso i sette organi sperimentali dipendenti
« (di Biologia, di Chimica, di Fisica, di Batteriolo-
« gia, di Epidemiologia, di Ingegneria Sanitaria, di
« Malariologia) si esplica in campo vastissimo, che
« va dalle esperienze sulla disintegrazione degli a-
« tomi e sulla radioattività artificiale, alle delicate
« ricerche di ultramicroscopia elettronica, agli stu-
« di di alta spettroscopia, alle complesse ricerche
« sulle vitamine e sugli ormoni, e agli studi sulla
« preparazione di sieri e vaccini. Fra questi sono
« da segnalare per la loro importanza sociale il sie-
« ro antipoliomielitico ed il vaccino contro il tifo
« esantematico.

« L'Istituto Superiore di Sanità costituisce oggi
« anche un centro di attrazione per i ricercatori e
« gli studiosi delle varie provincie italiane e sta di-
« ventando sempre più, per opera del Marotta, un
« punto di convergenza di scienziati e ricercatori
« stranieri, che periodicamente vi si recano per
« esporre gli ultimi risultati delle loro ricerche e
« per discutere nuovi indirizzi di studio e nuove
« vedute scientifiche ».

Associazione nazionale mutilati e invalidi del lavoro.

Il Duce, in base ad accordi intervenuti tra il Direttorio del Partito nazionale fascista e il Ministero delle Corporazioni, ha disposto che venga costituita, per una migliore e più organica tutela e assistenza dei prestatori d'opera invalidi del lavoro, una « Associazione nazionale mutilati e invalidi del lavoro ».

L'Associazione, che sarà diretta da rappresentanti delle organizzazioni sindacali, dell'Istituto nazionale fascista per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e da un'adeguata rappresentanza degli invalidi del lavoro stessi, costituirà un utile strumento per una più organica e totalitaria assistenza di questa categoria di lavoratori.

Un po' dovunque.

Il Principe di Piemonte ha visitato a Palermo gli ospedali militari e civili e della Croce Rossa, intrattenendosi con i colpiti dalle incursioni aeree e interessandosi cordialmente alle loro condizioni.

Si ha da Tokio, in data 24 aprile, che in una piccola isola del Pacifico è stato bombardato, dagli anglo-americani, al chiaro di luna, un ospedale, su cui sono cadute dieci bombe, causando dieci vittime tra i ricoverati; e, in data 29 aprile, che è stata silurata, di pieno giorno, la nave ospedale « Buenos Aires Maru », mentre navigava nel Mare della Cina meridionale.

Il prof. Hans Killjen di Friburgo i. Br. ha portato sulla scena le vicende di Filippo Ignazio Semmelweis, che insegnò a debellare il flagello delle infezioni puerperali e ne fu compensato con persecuzioni che lo condussero alla pazzia. Il dramma, in 12 quadri, è stato favorevolmente accolto.

La Principessa di Piemonte ha visitato i feriti ricoverati nell'Ospedale militare di Roma al Celio.

Il prof. Giuseppe Acanfora, nuovo titolare della cattedra di clinica delle malattie tropicali e subtropicali a Modena, ha tenuto la prolusione al suo corso trattando il tema: « Aspetti clinici delle malattie tropicali nei nostri climi ».

Il prof. Enrico Vigliani, nuovo titolare della cattedra di malattie del lavoro a Milano, ha tenuto una prolusione sui risultati dei suoi studi relativi alla patologia e all'igiene del lavoro.

L'Associazione Italiana Volontari del Sangue, Sezione di Milano, ha rivolto un appello ai medici per una maggiore utilizzazione del sangue umano, ottenuto mediante i salassi di pazienti (ipertesi, ecc.) non affetti da malattie trasmissibili.

Il prof. Giuseppe Sangiorgi ha commemorato, all'Accademia pugliese delle scienze, nella seduta del 18 marzo, il prof. Oddo Casagrandi.

Sono caduti eroicamente gli studenti in medicina Ezio Roncati da Como e Felice Basilisco da Montana (Pola), iscritti nell'Università di Padova.

Per iniziativa dell'Ispettorato dei Fasci e di concerto con l'Ufficio Assistenza del Comando Supremo Forze Armate, le donne fasciste del Fascio di Atene « Benito Mussolini », continuando la loro

fervida opera assistenziale, hanno visitato gli ospedali militari italiani, distribuendo alcune migliaia di doni pasquali ai degenti e arrecando ad ogni soldato parole di fede e di conforto.

A Königsberg si è inaugurata una nuova Clinica infantile; comprende 130 letti.

Nell'Università di Tubinga si è istituita una cattedra di medicina tropicale. La città di Tubinga aveva già un Ospedale tropicale e un Istituto tedesco per le missioni mediche.

Durante le trascorse feste natalizie furono diffusi francobolli antitubercolari in Finlandia e Svezia; in Finlandia venne anche largamente distribuito un opuscolo di propaganda, che illustra la fiaba di Topalius: « La betulla e la stella ».

Nel Governatorato Generale (ex-Polonia) la denunzia obbligatoria della tubercolosi, prima limitata ai casi aperti, è stata estesa a tutti i casi.

Il Governo di Vichy ha emanato disposizioni di legge tendenti a perfezionare l'organizzazione sanitaria del paese nella lotta antitubercolare; esse riguardano il funzionamento di preventori, colonie sanitarie e case di convalescenza, la riorganizzazione e la determinazione delle funzioni dei dispensari antitubercolari, le condizioni di funzionamento dei preventori e la creazione del titolo di « medico tisiologo dei servizi pubblici ».

La « Schweiz. Med. Woch » ha dedicato il n. 15, del 10 aprile, al dott. Ernst Fritzche, in occasione del 60° compleanno dell'insigne chirurgo, il quale dirige l'Ospedale di Glarus, da lui portato a grande rinomanza. Pure stando fuori dell'ambiente universitario, il Fritzche ha creato una scuola e ha avuto molti allievi di valore. Il fascicolo contiene 19 contributi originali, tra cui alcuni di clinici chirurgici (A. Brunner, C. Henschen).

È deceduto a Losanna, in età di 75 anni, il prof. BRUNO GALLI-VALERIO, che tenne a lungo la cattedra d'igiene, parassitologia e batteriologia in quella Università. Era italiano. Notevoli sono stati i suoi studi di parassitologia, in particolare sulle zanzare; ha destato interesse la cura, da lui preconizzata, della giardiasi con gli acridinici.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Id., 23 gen. — W. SIEDE e K. LUZ. Eziologia dell'epatite epid.

Deut. Med. Woch., 12 feb. — GÉRONNE. L'ulcera peptica in guerra; sua patogenesi e terapia.

Presse Méd., 6 feb. — P. MAURIAC. Acidosi e nefriti ac. — M. FOURESTIER. Peritoneoscopia.

Giorn. d. Med. Mil. dic. — DE NIEDERHÄUSEN e MORUZZI. Epilessia. — MONETTI. « Ittero catarrale » e amide nicotinica.

Klin. Woch., 13 feb. — M. SAAEMMLER e H. MERKEL. Genesi dell'ulcera gastr. e duod. — G. LANDER. Edema da deficienza di albumina.

Deut. Med. Woch., 19 feb. — HARMSEN e HAUSER. Sieroreazioni nella malaria terzana.

Med. Klinik, 19 feb. — G. KRIEGSMANN. Sinusiti.

Rif. Med., 6 feb. — G. GUERRISI. Diagn. degli itteri: segno tenare-ipotenare di Castellani.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 17 gen. — A. VIVARELLI e A. SARTORI. Formula leucocitaria nell'ittero epato-cellulare.

Praxis, 18 feb. — A. FONIO. La digitale nel trattam. delle ferite.

Klin. Woch., 27 feb. — F. HOFF e G. KABISCH. Funzione capillare nell'insufficienza cardiaca. — K. VOIT. La febbre da pappataci.

Indice alfabetico per materie

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME L Roma, 10 Maggio 1943 - XXI Num. 19

"IL POLICLINICO,,

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER L'ANNO 1943

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 100	L. 145	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . . .	L. 155	L. 210
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . . .	L. 70	L. 80	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 155	L. 210
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile) .	L. 70	L. 80	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chir.) .	L. 200	L. 275

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 7; della PRATICA L. 5.

I numeri, che vengono tutti scrupolosamente spediti, se non reclamati entro un mese dalla loro pubblicazione, si rinviano soltanto a pagamento

L'importo dell'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato, ***senza tassa***, nel Conto corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. 5.

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

Istituto di Clinica Medica e Terapia Medica della R. Università di Roma
Direttore Prof. C. FRUGONI

Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni della R. Univ. di Roma
Direttore Prof. G. MORIANI

COMITATO PROVINCIALE DATORI DI SANGUE
Direttore Prof. G. GALLI

Presenza di una agglutinina anti-N nel siero di sangue di una malata di ittero emolitico.

Contributo allo studio delle reazioni da trasfusione in genere e nelle anemie emolitiche in specie.

Prof. FERDINANDO CORELLI
Aiuto di Clinica
e Direttore dell'Emoteca del Policlinico.

Dott. ERNESTO ROGARI
Assistente dell'Istituto di Medicina Legale.

Il caso che ora riferiamo presenta un interesse che si può definire eccezionale, se si pensi che si tratta di un soggetto di gruppo A, il cui sangue agglutina fortemente e rapidamente sangue A, ed anche altrettanto intensamente e rapidamente sangue di datore universale (gruppo O), ciò che è contrario alle abituali regole della comune pratica dei gruppi sanguigni e della trasfusione.

Ricordiamo brevemente il caso: si tratta di una signora di 62 anni, affetta da tipico ittero emolitico ed arrivata ad un grave stato di anemia (globuli rossi 1.200.000). Dal Professor Pontano, suo curante, vengono consigliate delle trasfusioni di sangue allo scopo di venir messa in condizioni di essere splenectomizzata. Il gruppo sanguigno della paziente essendo A, viene, con una datrice A, eseguita una prima trasfusione diretta di circa cc. 200; dopo la trasfusione la paziente ha una fortissima reazione: è colta da brividi intensi scuotenti, con febbre elevata 39°-40°, febbre che dura così per una decina di giorni successivi, mentre le condizioni si fanno più depresse, il colorito itterico si fa intenso e le urine diventano più cariche cioè più intensamente urobiliniche. Passata questa intensa reazione febbrile, verso il dodicesimo giorno, la paziente comincia a riprendersi e ritorna alla sua febbricola abituale (37,3-37,5).

Dopo 15 giorni di riposo viene eseguita una seconda trasfusione diretta (cc. 100), questa volta con un datore universale: ma anche a questa trasfusione segue un grave stato di choc con brividi, febbre elevata, aumento del colorito itterico. La temperatura elevata e lo stato generale molto depresso durano anche questa volta una decina di giorni.

Una terza trasfusione con 150 cc. di sangue di gruppo A, eseguita dopo altri 25 giorni, dà ugualmente una notevole reazione seppure non intensa come le due prime.

Vista l'impossibilità di proseguire nelle trasfusioni che rappresentavano l'unico mezzo per mettere la paziente in condizioni di sopportare l'intervento operatorio, il Prof. Pontano si rivolse ad uno di noi (Corelli) per trovare la causa di queste gravi reazioni che rimanevano inspiegabili, e possibilmente eliminarle in modo di poter continuare le trasfusioni, unica terapia attiva in quelle condizioni. In caso contrario la paziente, che era in fase di elevata emolisi, doveva essere abbandonata a se stessa, essendo risultate inefficaci tutte le varie cure medicamentose provate (estratti di fegato, vitamine, ferro, ecc.).

Noi avemmo così il modo di controllare il gruppo della paziente (gruppo A, eseguito, d'altra parte, in un laboratorio serio della città) e ci sorprese subito il fatto che il siero della malata, saggiato con vari campioni di globuli rossi A e O, dava una rapida agglutinazione. Questo fatto assolutamente insolito, ad un primo momento ci fece rimanere perplessi. Abbiamo allora condotto sistematiche indagini sia nei riguardi della parte globulare che del siero della paziente.

Ricercammo innanzi tutto le caratteristiche gruppo-specifiche legate alla parte corpuscolata, cioè ai globuli rossi, del sangue in esame. Vedemmo così che si trattava di un sangue che poteva venir classificato con la formula AMp: esso conteneva, cioè, gli agglutinogeni A ed M, mentre non conteneva nè B nè N nè P. (Ricordiamo, come si sa, che rispetto alla presenza o meno degli agglutinogeni A e B ogni sangue può venir assegnato al gruppo O, oppure A, oppure B, oppure AB; rispetto alla presenza degli agglutinogeni M ed N, ai sottogruppi M, oppure N, oppure MN; rispetto, infine, alla presenza dell'agglutinogeno P, ai tipi P oppure p, a seconda che l'agglutinogeno P sia presente o assente).

Ci siamo quindi per prima cosa domandati se poteva essere stato il siero di sangue del datore ad agglutinare siffatti corpuscoli AMp. Tale ipotesi era da escludere sia perchè è noto che le agglutinine anti-A o alfa e anti-B o beta, presenti nel siero di ogni datore universale (gruppo O), sono praticamente trascurabili nella pratica trasfusionale, sia perchè i disturbi si erano verificati anche dopo due trasfusioni con sangue di gruppo A (lo stesso gruppo della malata), vale a dire dopo aver immesso siero sicuramente privo di agglutina alfa. Per quel che riguarda l'M, è tanto eccezionale che in un siero umano esista un anti-M naturale (ne sono sono stati citati soltanto sei casi nella letteratura mondiale) che era praticamente impossibile ammettere lo possedessero tutti e tre i datori il cui sangue aveva provocato i disturbi notati. Ci prospettammo quindi la possibilità che, oltre a quelli da noi ricercati, esistessero nel sangue in esame altri agglutinogeni i quali, se pur difficili ad essere messi in evidenza dato che non possediamo i relativi sieri-testo, pure sappiamo esser già stati segnalati da altri Autori (agglutinogeni G ed H di Schiff, agglutinogeno E di Imarura, agglutinogeno E di Sugischita, ecc.). A parte il fatto, però, che ancora non sono ben chiare le caratteristiche sierologiche di questi ultimi agglutinogeni, bisogna ammettere, per ritenerli capaci di essere stati causa di agglutinazioni anormali, che essi fossero venuti a contatto con rispettive agglutinine contrarie. Il che poteva venire escluso per lo stesso ragionamento fatto a proposito dell'agglutinogeno M (nel siero non esistono le rispettive agglutinine se non in casi del tutto eccezionali).

Passammo così senz'altro a prendere in considerazione il siero del sangue della nostra paziente. Fin dalle prime prove eseguite ci rendemmo conto, come si è detto, che esso doveva contenere, oltre all'agglutinina anti-B o beta, un ulteriore notevole potere agglutinante, ed allora abbiamo a fondo ricercato in che cosa esso consistesse.

Volemmo anzitutto sincerarci se questo potere, in un soggetto affetto da una emopatia di tipo emolitico, non fosse diretto verso i globuli rossi contenuti nello stesso sangue, cioè verso i propri globuli: se non si trattasse, in altre parole, di una autoagglutinazione. Si sa (Lattes) che clinicamente il fenomeno dell'autoagglutinazione è stato in modo speciale riscontrato in casi patologici e, tra questi, proprio nell'ittero emolitico acquisito. Ma, a parte il fatto che secondo i più approfonditi studi dello stesso Lattes una vera autoagglutinazione non si riscontrerebbe mai ed eventualmente si dovrebbe trattare di una pseudo-

agglutinazione da impilamento, nelle prove da noi istituite non avemmo mai occasione di notare nè l'uno nè l'altro di questi fenomeni. Era per questa ragione da escludere che nel siero in esame fossero contenute e un'agglutinina anti-A e un'agglutinina anti-M. Ugualmente era da escludere che ci si potesse trovare in presenza di una agglutinina anti-O (d'altronde mai sinora descritta in un sangue umano) giacchè i fatti di incompatibilità si erano verificati non soltanto in occasione di trasfusione con sangue O ma anche, come si è detto, dopo trasfusioni con sangue di gruppo A.

Il siero di sangue della nostra paziente non conteneva dunque nè un'agglutinina anti-A, nè un'agglutinina Anti-M, nè un potere anti-O. Pensammo allora che potessero esistere in esso, oltre alla normale agglutinina anti-B, una delle proprietà anti-N oppure anti-P. Cimentammo così il siero della paziente con globuli rossi rispettivamente ONp ed AMp ed ottenemmo una chiara agglutinazione nel primo caso, e, invece, nessuna agglutinazione nel secondo Questa prova ci permetteva di orientarci verso l'esclusione della presenza, nel siero in esame, di un potere anti-P: ulteriori prove, poi, che riuniamo in un unico quadro, ce ne dettero la conferma:

il siero cimentato con gl. rossi ON p dette agglutinazione positiva;

il siero cimentato con gl. rossi OMN P dette agglutinazione positiva;

il siero cimentato con gl. rossi AMN p dette agglutinazione positiva;

il siero cimentato con gl. rossi AMN P dette agglutinazione positiva;

il siero cimentato con gl. rossi AM P dette agglutinazione negativa;

il siero cimentato con gl. rossi AM P dette agglutinazione negativa.

In base a queste prove che ripetemmo più volte con tutti gli accorgimenti di tecnica raccomandati da uno di noi (Rogari) per la dimostrazione del P, potemmo senz'altro escludere la presenza, nel sangue della nostra paziente, di una agglutinina anti-P.

Le medesime prove, nello stesso tempo, però, ci davano già l'indicazione che l'agglutinazione risultava positiva tutte le volte che nei globuli rossi cimentati era presente l'agglutinogeno N. Polarizzammo allora la nostra attenzione su questo unico fatto e ripetemmo più di una trentina di saggi con differenti campioni di sangue, ottenendo sempre un'agglutinazione positiva quando si era in presenza di globuli rossi contenenti N ed un'agglutinazione negativa quando i globuli rossi erano privi di N; quindi nel siero di sangue della nostra paziente doveva essere presente una agglutinina anti-N. Anche in tutti quei casi in cui il sangue di un datore da esaminare possedeva un N debole (N_2) il siero della nostra paziente produceva un'agglutinazione chiaramente positiva.

C'era da pensare, giunti a questo punto, se non fosse possibile che, oltre all'agglutinina anti-N, fosse presente, nel siero di sangue in esame, anche un'altra proprietà agglutinante mascherata dalla prima; o se si potesse trattare addirittura, invece che di un anti-N, di un potere agglutinante rivolto verso un altro agglutinogeno di frequenza simile all'N e casualmente presente in tutti i campioni esaminati nei quali c'era l'N ed assente in quelli in cui l'N non c'era; o, infine, se si fosse potuto trattare di una proprietà non riportabile nello schema di quelle già conosciute e legata piuttosto alle condizioni individuali e patologiche di quel dato sangue, la quale, sempre casualmente, nelle pur numerose prove di controllo si era identificata con la proprietà anti-N. Tutte queste supposizioni non furono da noi che semplicemente prospettate: una loro più approfondita discussione, oltre che sviarci da una rapida risoluzione del caso clinico, avrebbe urtato contro l'impossibilità tecnica di sicuri accertamenti data la mancanza di mezzi diagnostici a nostra disposizione oltre quelli adatti per la dimostrazione delle proprietà A, B, M, N e P. Va accennato, comunque, come alcuni più recenti studi su altre proprietà gruppospecifiche di frequenza simile all'N, quali ad esempio i fattori G di Schiff ed X di Andresen (l'N è presente secondo le ricerche di Frache e Rogari in circa il 70 % della popolazione italiana), sembrano aver accertato come non si possa, spesso, parlare di proprietà differenti ma piuttosto di diverse intensità con cui si presenterebbe la stessa proprietà.

In ogni modo, allo scopo di controllare i risultati da noi precedentemente ottenuti, pensammo di eseguire delle prove di assorbimento. Mettemmo, a tal uopo, in una provetta, uguale quantità di siero di sangue della paziente e di sedimento di globuli rossi ON, lasciando il tutto a +5° per un'ora; ricuperammo poi il siero così assorbito mediante centrifugazione e vedemmo che il suo titolo (inizialmente di 1/16) era notevolmente abbassato rispetto ai globuli rossi ON ed AN, mentre non presentava dalle modificazioni rispetto ai globuli contenenti B. Ripetemmo le stesse prove in un altro esperimento assorbendo prima l'agglutinina anti-B ed

ottenemmo così un siero quasi del tutto privo di qualsiasi potere agglutinante.

Concluso, in base a queste prove, che la paziente aveva una agglutinina anti-N particolarmente attiva, potemmo contemporaneamente indicare quale datore adatto un soggetto di gruppo AM, soggetto che avevamo potuto isolare fra i tanti esaminati e nel cui sangue avevamo escluso la presenza, oltre che di N, anche di un eventuale N debole. La trasfusione con il sangue di questo soggetto non dette luogo, infatti, ad alcuna reazione e fu ripetuta 13 volte, sempre con ottimo risultato, confermando con ciò l'esattezza delle nostre deduzioni. Nel frattempo l'esame del sangue dei precedenti datori che avevano provocato i gravi fenomeni di choc, ha mostrato che in essi c'era sempre la presenza dell'agglutinogeno N. Abbiamo anche cercato un secondo datore nel cui sangue non fosse presente il fattore N e pure una trasfusione con questo eseguita non provocò la benchè minima reazione. Questo secondo datore fu tenuto di riserva per eventuali bisogni al momento dell'operazione. La paziente ricevette 13 trusfusioni ravvicinate, le ultime otto ogni terzo giorno, sempre con lo stesso datore, sempre bene sopportate. Le trasfusioni indirette furono eseguite con il metodo consigliato da uno di noi (Corelli) con sangue stabilizzato col novotrans ed iniettato lentamente subito dopo il prelevamento. Con queste trasfusioni ravvicinate e ripetute le condizioni generali ed ematologiche migliorarono in modo spiccato: i globuli rossi passarono da 1.200.000 a 3.000.000, cifra molto alta se si pensa alla difficoltà di far aumentare così decisamente il numero dei globuli rossi nell'ittero emolitico e specie nelle fasi di piena attività emolitica. La quantità del sangue trasfuso fu, complessivamente, di 2.740 cc. L'intervento felicemente eseguito dal Prof. Paolucci, in anestesia locale, fu benissimo sopportato e permise l'asportazione della milza che presentava varie aderenze ma non molto tenaci. La milza era enorme (oltre 2 Kg.), congesta, ricchissima di sangue; il fegato aveva aspetto e consistenza normali.

A distanza di circa una quindicina di giorni dell'intervento chirurgico e, più tardi, dopo circa due mesi, abbiamo ripetuto gli esami ematologici ed abbiamo trovato sempre, nel siero, la presenza, oltre che dell'agglutinina anti-B, anche dell'agglutinina anti-N. Nel frattempo la paziente, scomparso il colorito itterico delle sclere e l'urobilina dalle urine, aveva ripreso in modo spiccato anche per quanto riguarda i globuli rossi e l'emoglobina.

Ricorderemo come fino ad oggi siano stati descritti già 6 casi (da Wolff e Jonssen, da Friedenreich, da Moureau e Lambert, 2 da Dahr, e da Wiener e Forer) di agglutinina anti-M naturale, presente in sangui umani. Wiener e Forer riscontrarono nello stesso soggetto in cui c'era un'agglutina anti-M anche un'agglutina anti-Rh; Andresen, infine, ha messo in evidenza un anti-P naturale in un siero umano.

Una sola volta, invece, a quel che ci risulta, è stata sinora comprovata la presenza, dai giapponesi Iseki e Fukao, di una agglutinina naturale anti-N (Buschmann su 3.000 campioni di sangue, prelevati per la Wassermann, non trovò mai nè una isoagglutinina anti-M nè una isoagglutinina anti-N). Il nostro sarebbe quindi il secondo caso del genere descritto nella letteratura.

Crediamo, d'altra parte, che unico sia stato il trattamento fatto a questa paziente di ittero emolitico con un numero cioè così rilevante e ravvicinato di trasfusioni, per la preparazione all'intervento, e sempre con lo stesso sangue perfettamente compatibile. Infatti i reperti di agglutinine anti-M ed anti-N, ricordati nella letteratura, si ebbero per lo più durante indagini medico-forensi per ricerche della paternità e quindi spesso in bambini di pochi mesi; mai, come nel nostro caso, in un soggetto adulto in campo di trasfusione con successivi utili provvedimenti consigliati dallo stesso reperto ottenuto. La nostra piziente lasciata a sè sarebbe andata in breve tempo con probabilità all'exitus, poichè, come si è detto all'inizio, quando si fece qualche trasfusione compatibile ma distanziata, a causa della sua alta attività emolitica, dopo un breve vantaggio della trasfusione, essa ritornava ad aver un milione e mezzo di globuli rossi con tutti i fenomeni secondari dell'anemia (dispnea, edemi, ronzii ecc).

L'aver potuto individuare la causa delle sue fortissime reazioni sì da poterle eliminare e poter eseguire con mano libera trasfusioni ravvicinate e successive, senza alcuna reazione, portando i globuli rossi a 3 milioni, costituisce risultato di grandissima e decisa importanza teorica e pratica.

Importanza teorica perchè fa porre il quesito del valore da dare alle agglutinine anti-M ed anti-N naturali nel sangue, quali causa di reazioni da trasfusione, nelle varie forme

morbose ed in particolare nelle anemie emolitiche, come noi stiamo osservando.

L'aver trovato in un soggetto affetto proprio da una malattia emolitica una singolarità del tipo ricordata (presenza di un anti-N) ci ha fatto porre, come ipotesi, il quesito se questa od altre singolarità sierologiche oltre che essere casuali in questa malattia non possano avere qualche valore eziologico nella forma emolitica (punto questo sul quale sarebbe tuttavia ancora prematuro esporsi). E' nostra intenzione ricercare se, oltre ad un fattore globulare, sulla malattia emolitica non possa avere valore anche un fattore serico. L'asportazione della milza potrebbe, infatti, agire favorevolmente in quanto essa potrebbe influenzare questo fattore serico.

E' noto come sia stata sottolineata da vari Autori la possibilità di gravi reazioni dopo trasfusione nell'ittero emolitico, sì che non pochi le sconsigliano (Bastai, ecc.). Noi pure abbiamo visto nei tempi scorsi casi di ittero emolitico, e tuttora ne abbiamo uno in trattamento, in cui la trasfusione talora è benissimo sopportata, mentre altre volte dà gravi reazioni e può scatenare gravissime crisi emolitiche. Saranno queste reazioni dovute a particolarità analoghe, se non identiche, a quella del nostro caso? E' quanto stiamo osservando.

Un breve accenno è opportuno nei riguardi del datore che si è volontariamente prestato a 13 ravvicinate trasfusioni di sangue (200-250 cc. oguna). Era un soggetto normotipo, di 30 anni, asciutto, leggermente iperglobulico (5.600.000 globuli rossi). Le ultime 7 trasfusioni furono eseguite ogni terzo giorno, l'ottava (subito dopo l'intervento operatorio) il giorno dopo la settima. Il soggetto (portiere) che nel frattempo era iperalimentato, non risentì il minimo disturbo, nè debolezza od altro; continuò sempre il suo lavoro e la sua vita abituali, e dopo l'ultima trasfusione aveva 4.800.000 globuli rossi.

Accenneremo, infine, anche alla grande importanza medico-legale del caso in oggetto. La segnalazione, sia pur sempre eccezionale, di casi in cui fu trovata la presenza di una agglutinina naturale estranea a quelle del sistema anti-A ed anti-B, deve richiamare l'attenzione su possibili e gravi errori effettuabili in casi di individualizzazione del sangue mercè la semplice ricerca delle proprietà legate al siero. Nella nostra paziente, infatti, la determinazione di gruppo se fosse stata eseguita in base al solo esame del siero avrebbe fornito dei risultati del tutto erronei, dato che, come si è visto, il siero stesso aveva la proprietà di agglutinare oltre che tutti i globuli rossi contenenti il B, anche numerosi sangui A e persino O. Ne scaturisce una nuova conferma dell'opportunità di riconoscere un sicuro valore medico-forense unicamente a quelle determinazioni convalidate dalla dimostrazione degli agglutinogeni presenti nel sangue da esaminare.

*

RIASSUNTO

E' ricordato un caso grave di ittero emolitico in soggetto di gruppo A, nel quale dopo due trasfusioni di sangue di gruppo A ed una di gruppo O, si ebbero gravissime reazioni. Il sangue della paziente (la cui formula sierologica era AMp) agglutinava, infatti, il sangue di alcuni datori pure di gruppo A e O. Con sistematiche ricerche la causa fu trovata nella presenza nel siero della paziente di una agglutinina anti-N che risultava molto attiva verso ogni sangue che contenesse l'N anche debole (N_2). Trovato un datore nel cui sangue non esisteva l'agglutinogeno N (datore AMP) con questo si poterono eseguire ben 13 successive e ravvicinate trasfusioni senza alcuna reazione, così da portare i globuli rossi della paziente da 1.200.000 a 3.000.000 e da far sopportare la splenectomia in modo ottimo con successiva guarigione della malata. Si prospetta la possibilità che, come causa delle frequenti reazioni post-trasfusionali nell'ittero emolitico, possano esservi atipie sierologiche analoghe se non identiche a quella descritta, di cui si mette in risalto la rarità e l'importanza, oltre che clinica, medico-legale.

BIBLIOGRAFIA.

BUSCHMANN. Köln., Diss. 1939, 1940.

CORELLI. Il Policlinico, sez. pratica, fasc. 38, 1938. Le Forze Sanitarie, fasc. 23-24, 1939; e fasc. 12, 1942.

DAHR. Klin. Wschr., pag. 1273, II, 1941.

FRACHE e ROGARI. Zacchia, vol. VII in onore del prof. Mirto, 1942.

FRIEDENREICH. Immun. forsch., vol. 91, pag. 485, 1937.

ISEKI e FUKAO. 22, Tagung d. jap. Ges. Gerichtl. Med.

LATTES. *L'individualità del sangue.* Treves ed., Milano, 1934.

MOUREAU e LAMBERT. C. r. Soc. Biol., vol. 131, pag. 148, 1939.

NICOLETTI. Bollettino della Soc. medico-chirurgica di Catania, fasc. 8, 1940.

ROGARI. Il Policlinico, sez. pratica, fasc. 41, 1942; Zacchia, vol. VIII, 1943.

WIENER e FORER. Proc. Soc. exper. Biol. a Med., vol. 47, pag. 215, 1941.

WOLFF e JONSSON. Deutsche Z. f. gerichtliche Med., vol. 22, pag. 65, 1933.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE CIVILE DI UDINE

Importanza del fattore spasmo nella malattia di Schrötter.

Prof. GINO PIERI, chirurgo primario

Schrötter nel 1884 descrisse col titolo « trombosi traumatica della vena ascellare » un quadro clinico caratterizzato dalla improvvisa comparsa (di solito in soggetti giovani e quasi sempre di sesso maschile) di un edema cianotico dell'arto superiore, con senso di intorpidimento dell'arto e impotenza funzionale di esso più o meno spiccata. Questa sindrome è stata osservata da allora in poi da vari autori ma mentre sulla entità clinica di essa l'accordo si è presto stabilito, il problema della patogenesi e perfino quello dell'anatomia patologica coll'aumentare del numero dei casi studiati si sono fatti sempre più incerti e controversi.

Si cominciò col constatare che non era necessario un trauma per la insorgenza della sindrome, e poteva bastare uno sforzo muscolare; e poi si è visto che in molti casi mancava anche lo sforzo; si è osservato che il processo poteva essere esteso anche alla vena succlavia, anzi in taluni casi era limitato alla succlavia; si è infine constatato che il quadro clinico poteva comparire anche senza che si verificasse la trombosi venosa, come se si trattasse di fenomeni a base essenzialmente funzionale.

Un caso del genere da me recentemente osservato (e di cui segue la storia clinica) viene a complicare ulteriormente la questione in quanto in esso alla base del quadro clinico di apparente occlusione totale della vena ascellare era invece una trombosi limitata a un segmento di una vena confluente nel tronco principale: la vena basilica.

F. Gianfranco, di anni 17, studente, da Pordenone. Entra in Ospedale il giorno 11 agosto 1942.

Nulla di importante nell'anamnesi remota, tranne una broncopolmonite sofferta due anni prima.

Nel maggio u. s. si era accorto che, senza causa apparente, e senza alcun dolore nè altro disturbo, la mano destra si gonfiava, e il gonfiore era appena accennato la mattina, mentre era più evidente la sera; contemporaneamente erano comparse delle chiazze lievemente cianotiche nella pelle della parte superiore del braccio. Il giorno 7 agosto il gonfiore all'improvviso si fece molto più cospicuo accompagnandosi a senso di peso e lievi formicolii, e i movimenti delle articolazioni del gomito del polso e delle dita ne erano un poco ostacolati; contemporaneamente si era fatto molto evidente il reticolo venoso cutaneo alla radice dell'arto.

Il soggetto è un giovane robusto, longilineo, in buone condizioni di nutrizione e di sanguificazione. Nulla di notevole all'esame dei vari organi ed apparati e del sistema nervoso.

Pressione sanguigna Mx. 130; polso 96, piccolo, ritmico.

L'arto superiore di destra è tumefatto in tutta la sua estensione, di colorito cianotico (fig. 1). L'avambraccio nella sua metà inferiore presenta un lieve arrossamento diffuso che si estende anche alla mano; la pelle del braccio anteriormente nella metà superiore fa vedere un fine reticolo telangectasico, in apparenza venoso, e nella regione deltoidea e pettorale dei grossi cordoni venosi,

FIG. 1.

tortuosi. Non dolore alla palpazione di tutto l'arto, nè sul decorso dei vasi omerali ed ascellari. Il paziente è un poco ostacolato nei movimenti dell'arto, e sopratutto del gomito, che non può estendere oltre un angolo di 150 gradi e non può flettere oltre l'angolo retto. La circonferenza dell'arto superiore di destra è notevolmente maggiore di quella del sinistro specie al braccio; a livello del terzo medio del braccio: a destra cm. 32, a sinistra cm. 23; a livello del gomito: a destra cm. 31, a sinistra cm. 22.

Il giorno 13 agosto si intervenne, in narcosi di evipan, con aggiunta di etere.

Incisione nel solco interpectorodeltoideo di destra che si inizia a livello della clavicola e segue il

margine del deltoide per un tratto lungo circa 15 centimetri. Si scopre il muscolo gran pettorale e si seziona trasversalmente sulla stessa linea, e così il muscolo piccolo pettorale (le cui fibre vengono legate con punti di sutura, al di qua e al di là della sezione, per evitarne la retrazione). Quindi si cade sul plesso nerveovascolare. Scoperta la vena ascellare, si constata alla ispezione e alla palpazione che essa non è alterata e il suo lume è vuoto di coaguli, ben compressibile; medialmente ad essa sbocca a distanza di circa tre dita trasverse dalla clavicola la vena basilica, la quale vicino allo sbocco risulta dalla confluenza di due grossi tronchi da cui si distaccano numerose e cospicue diramazioni secondarie (fig. 2),

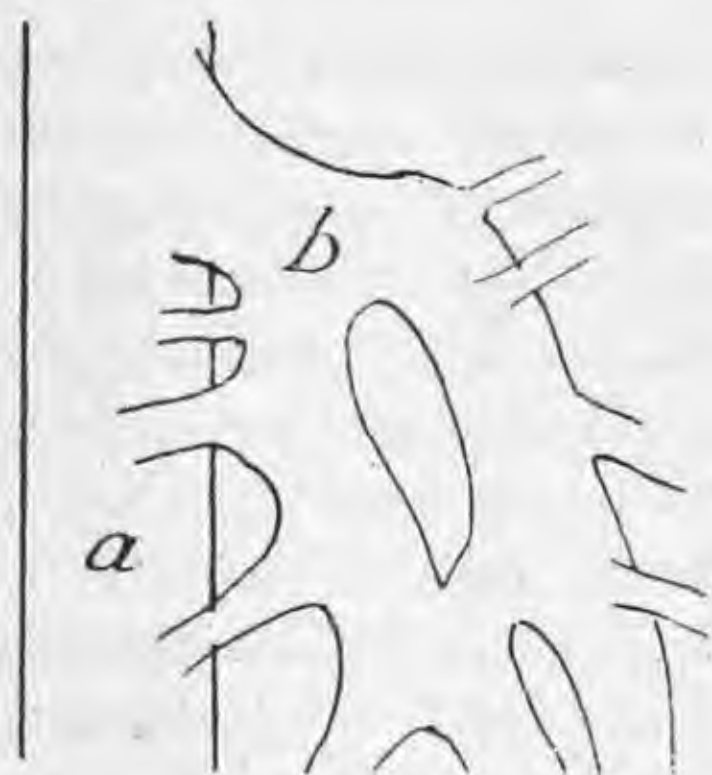



FIG. 2. — *a*, vena ascellare - *b* vena basilica

che vengono legate; in un punto a circa 3 centimetri dallo sbocco della basilica nella vena ascellare i due grossi tronchi dai quali è costituita, esiste una ampia comunicazione fra i due tronchi. Questo tratto terminale della vena basilica appare alla palpazione indurito come per la presenza di coaguli nel suo lume. Si reseca questo segmento della vena basilica evidentemente trombizzato, previa legatura distale nel punto di sbocco della basilica nella ascellare, e legatura distale dei due tronchi sul punto in cui essi appaiono vuoti di coaguli; e cioè per un tratto di due dita trasver

FIG. 3.

se (nella fig. 3 si vede il tratto resecato, e i coaguli in esso contenuti, dopo fissaggio per alcuni giorni in soluzione di formalina). Sutura a piani della incisione.

Il giorno successivo si poteva constatare la scomparsa delle vene cutanee della spalla destra, che erano turgide e ben visibili prima dell'intervento.

Il 17 agosto l'edema della mano era scomparso, e persisteva ancora, ma molto ridotto, nel resto dell'arto.

Il 21 agosto si tolsero i punti: guarigione *per primam*.

L'esame microscopico del segmento venoso resecato e dei coaguli in esso contenuti (prof. Mencarelli) dimostrò trattarsi di un semplice processo trombotico senza segni di complicazioni infiammatorie.

Il 27 agosto il paziente fu dimesso ben guarito: non vi era differenza apparente fra i due arti superiori (fig. 4), il paziente poteva compiere senza

FIG. 4.

alcuna difficoltà o disturbo tutti i movimenti dei vari segmenti dell'arto superiore destro. La proposta di praticare una venografia (allo scopo di controllare le nuove condizioni della circolazione venosa dell'arto) fu rifiutata.

Riveduto il 31 ottobre, riferì che nessun disturbo era residuato alla operazione: non dolori, non parestesie, non limitazione di movimenti; la cicatrice operatoria era lievemente cheloidea, non più visibili le vene cutanee alla radice dell'arto; residuava un lievissimo edema diffuso: alla misurazione la circonferenza massima del braccio era di cm. 28 (contro cm. 26 del braccio sinistro) e quella dell'avambraccio era di cm. 27 (contro 25 dell'avambraccio sinistro). Le stesse cifre furono riscontrate in una nuova visita praticata il 15 febbraio 1943, a sei mesi dalla operazione.

Riassumo brevemente la precedente storia clinica. Un giovane di 17 anni da circa tre mesi aveva osservato che l'arto superiore de-

stro si era tumefatto un poco senza dargli disturbi, e poi un giorno improvvisamente la tumefazione era aumentata in modo notevole, ed erano comparsi senso di peso e una notevole limitazione funzionale; all'esame obbiettivo tutto l'arto appariva gonfio e lievemente cianotico, e alla radice di esso era comparso un cospicuo reticolo venoso.

Sei giorni dopo la acutizzazione dei fenomeni si intervenne scoprendo la vena ascellare, che apparve normale, mentre la vena basilica nel suo segmento terminale si dimostrò aumentata di volume e di consistenza perchè occlusa da coaguli; si resecò il segmento trombizzato. Seguì la immediata scomparsa delle ectasie venose cutanee e dei disturbi funzionali, si ebbe la rapida e quasi completa retrocessione dell'edema.

Vediamo come questo caso si inquadri sul problema generale della trombosi della vena ascellare considerato sopratutto dal punto di vista della patogenesi.

Quando Schrötter descrisse il quadro clinico in questione attribuì l'edema dell'arto alla trombosi della vena ascellare, e ritenne che questa fosse di origine traumatica. In seguito, come ho già accennato, si constatò che la sindrome poteva insorgere anche senza un vero trauma, per la semplice azione di uno sforzo, e infine si vide che in certi la affezione era comparsa spontaneamente, senza che si fossero verificati nè traumi nè sforzi.

Allora sorse il dubbio che la causa andasse ricercata nel fattore infettivo: Lenormant e Mondor pensarono che si trattasse in questi casi di una flebite dovuta a una infezione più o meno attenuata. Che in alcuni casi questo elemento patogenetico sia alla base di un simile quadro clinico è possibile: nei due pazienti osservati da Grimault e Dandelot, e da Chifoliau e Folliason le culture permisero di isolare dei germi patogeni dai trombi, e nel malato illustrato recentemente da Biebl si constatò nell'ascella la presenza di iperplasie linfoghiandolari di origine infiammatoria.: Ma certamente questi casi rappresentano una eventualità eccezionale. E così eccezionale appare il meccanismo di un trauma diretto che alteri la parete venosa e determini la trombosi secondaria. Nella grandissima maggioranza dei casi la patogenesi va dunque ricercata altrove.

Un importante progresso nello studio del problema è rappresentato dagli studi di Loëhr, il quale avendo osservato un certo numero di casi del genere, in quattro di essi intervenne scoprendo la vena ascellare; potè così constatare che in qualche paziente la vena era occlusa da coaguli, in altri invece era completamente vuota: si trattava di una stasi senza trombosi, e, a sua opinione, questa era la eventualità più frequente. E poichè in taluni pazienti il quadro clinico si ripresentava, dopo apparente guarigione, a distanza di tempo, Loehr propose per questi casi (nei quali evidentemente non può trattarsi di una occlusione da trombosi; ma solo di disturbi funzionali) denominazione: *claudicazione intermittente dell'arto superiore*. Definizione discutibile, ma che comunque accetteremo senza indugiarci in rilievi critici.

Davanti a queste nuove constatazioni si pose il problema: quale è il meccanismo patogenetico di questi casi nei quali alla base del quadro clinico non è la trombosi, ma solo la stasi venosa nel territorio della vena ascellare? Loewenstein, Loehr pensarono che la causa della stasi andasse ricercata nella relativa strettezza del canale sottoclavicolare nel quale si impegnano i vasi succlavi, strettezza che è più evidente nei soggetti muscolosi (in realtà il quadro clinico si osserva nella stragrande maggioranza dei casi in soggetti di sesso maschile giovani e robusti); la vena verrebbe dunque compressa e stirata a livello del suo passaggio fra la prima costola e il muscolo succlavio. Ross Veal e Mac Fetridge studiando sul cadavere con la flebografia la topografia della vena ascellare hanno constatato che il tratto della vena ascellare più facilmente colpito dai traumi e stirato dalla trazione è a livello del punto in cui essa incrocia la testa dell'omero ricoperta dal muscolo sottoscapolare, e che la posizione di elevazione del braccio in rotazione esterna è quella che la predispone di più a tali traumi. Wulsten pensa che, come in un caso da lui operato, la stasi sia determinata da formazioni anatomiche fibrose comprimenti la vena. Puhl ritiene responsabile della stasi gli ispessimenti connettivali che circondano la vena...

In ogni caso, qualunque sia il dettaglio il meccanismo anatomico di origine della stasi venosa alla radice dell'arto, è indubbio che in certi casi sia possibile rilevarlo, prima che alla operazione, con la venografia, come nei casi studiati recentemente da Zschau, e da Roelsen Ejnar.

Un tale elemento patogenetico non può però rappresentare la causa determinante, bensì il fattore predisponente, in quanto pur esistendo *ab antiquo* la predisposizione anatomica in questione, il quadro clinico insorge repentinamente, come un processo acuto, in seguito ad un quid patogenetico che deve essere ancora precisato, ma che con tutta probabilità

va ricercato in uno spasmo; questo sarebbe determinato, nei casi in specie, degli stimoli traumatici che si eserciterebbero sulla vena.

A favore di questa interpretazione parlerebbe il fatto che in certi pazienti (come in uno dei casi di Roelsen Ejnar) sia possibile provocare il quadro della stasi venosa a volontà: nel malato in questione, bastava che egli si mettesse a spazzolare una coperta di lana, che dopo circa due minuti comparisse la tumefazione dell'arto da stasi venosa, e questa dileguava dopo pochi minuti dalla cessazione del movimento; durante l'insorgenza dell'edema la pressione venosa dell'arto saliva da 9 a 38 cm.

Che l'elemento spasmo possa avere una importanza finora insospettata nella patologia delle vene è stato affermato anzitutto da Leriche, il quale ha potuto dimostrare che nella flebite lo spasmo rappresenta l'elemento patogenetico più importante, tanto è vero che il blocco anestesico del simpatico esercita, nelle flebiti iniziali, una efficace azione abortiva. Läwen ha poi dimostrato che lo stimolo esercitato da una trombosi sulla parete venosa stessa può provocare, in via riflessa, uno spasmo dell'arteria satellite; ciò che è stato confermato da altri, e, in Italia, da D. Pampari.

Che lo spasmo vasale possa essere alla base anche del processo patogenetico della cosidetta trombosi ascellare fu già intuito da Cottalorda che nel caso da lui operato non trovò trombosi della vena, ma uno spasmo segmentario di essa, e affermato anche da Wagner in base a un reperto operatorio. La riprova della giustezza di questa veduta si può trovare nell'efficacia più volte constatata, per la cura, delle iniezioni di acetilcolina (Salmon e Audier).

Dal punto di vista della possibile influenza del fattore spasmo sul quadro clinico della apparente occlusione del tronco venoso, acquista una particolare importanza dimostrativa il caso da me descritto. In esso non si trattava di uno dei casi di *claudicatio intermittens* secondo Loehr, in quanto esisteva una lesione organica: la trombosi della vena basilica; eppure il quadro clinico da me osservato era quello di una occlusione completa del tronco venoso principale dell'arto. Ciò non può spiegarsi altrimenti che invocando la presenza di uno spasmo riflesso dell'intero territorio venoso determinato dalla trombosi di una vena collaterale. Nel mio caso dunque il fattore organico e il fattore funzionale coesistevano e si sommavano nella loro azione.

Nella ricerca della letteratura ho trovato un caso esattamente sovrapponibile a quello da me descritto. Si tratta di un paziente operato nel 1935 da Valdoni e studiato da Gentile. Anche in questo caso si trattava di una trombosi del segmento iniziale della basilica, ed essa si manifestava clinicamente con la sindrome della trombosi ascellare, e fu eseguita la resezione del segmento venoso occluso, e le ricerche dimostrarono trattarsi di una trombosi asettica, e alla operazione seguì guarigione.

Dunque i rilievi eseguiti nel caso da me illustrato non restano isolati e non possono rappresentare un reperto casuale: essi mettono in luce una sindrome clinica a base fisiopatologica ben definita.

Ricapitolando: esistono casi di trombosi della vena ascellare con reale ostruzione del vaso per opera dei coaguli, casi di pseudotrombosi dovuti presumibilmente a spasmo venoso secondario a lesioni traumatiche lievi (come lo stiramento o la compressione della vena); e casi, come quello da me illustrato e in quello di Gentile, in cui la trombosi si può verificare in una diramazione secondaria e poi ripercuotersi sulla funzione del tronco principale determinando il quadro di uno spasmo.

Con questa constatazione entra in scena il problema dell'anatomia patologica dell'affezione, problema che i chirurgi sono nelle migliori condizioni di poter studiare. Complessivamente fino ad oggi sono stati operati una quarantina di casi del genere nei quali dunque è stato possibile controllare le condizioni della vena ascellare.

Biebl nel 1939 raccolse 31 casi già pubblicati e ne aggiunse uno suo: in 14 casi fu trovata la trombosi del vaso, in 18 questa non esisteva. Da allora Roelsen aggiunse tre casi da lui operati in cui la vena era indenne, Wagner un caso anch'esso senza trombosi, Henningsen tre casi con trombosi, Marinelli un caso con trombosi, De Girardier un caso con trombosi, e a questo si aggiunga il caso di Gentile, anch'esso con trombosi. Complessivamente dunque 42 casi: in 20 di essi esisteva la trombosi della ascellare, in 22 mancava (1).

Questa discussione sulla patogenesi e sulla anatomia patologica ci interessa essenzialmente per le direttive che da essa possono venire al problema della cura.

Accennerò, per completezza di trattazione, al fatto che la prognosi di questi malati è variabile. Alcuni casi sembra possano guarire sponta-

---

(1) Non mi è stato possibile (date le difficoltà che incontrano oggi le ricerche bibliografiche) consultare la statistica raccolta da Olivier e Léger, citata nella comunicazione di De Girardier alla *Académie de Chirurgie* di Parigi.

neamente. Altri, malgrado la cura medica, dopo un miglioramento hanno avuto recidive con disturbi talora persistenti per anni (come nei casi di Heinecke, di Bauer, di Jeannenay e Matheycornat, di Roelsen); in un caso (di Schepelmann) si verificò una embolia.

Prescindiamo, ora, dalla cura medica, che pure può avere la sua importanza (sollevamento verticale dell'arto a permanenza, salasso, sanguisugio, iniezioni di acetilcolina...); resta il fatto che la soluzione razionale e radicale del problema non può essere ricercata che nell'azione che il chirurgo può esercitare, direttamente o indirettamente, sul vaso in questione.

E' logico che si presentasse anzitutto la idea di sopprimere l'ostacolo alla permeabilità della vena; e allora i pareri si sono divisi fra la incisione della vena con il vuotamento dei coaguli (eseguita per la prima volta da Schepelmann nel 1910) e la resezione in blocco del segmento vasale e dei coaguli in esso contenuti (come praticò per il primo Delbet nel 1913).

Ma da quando si è imposta alla nostra attenzione l'importanza del fattore spasmo nella patogenesi della malattia era logico che si dovesse prenderlo in considerazione anche per la terapia. Su questa direttiva siamo però ancora agli inizii. Cottalorda nel 1932 nel suo caso avendo trovato la vena non trombizzata e contratta, praticò la simpatectomia periarteriosa.

Anche Zehnder in uno dei suoi casi praticò la simpatectomia periarteriosa, avendo trovato la vena ascellare non occlusa (diminuì in seguito a questa la stasi e scomparvero i dolori, ma la osservazione post-operatoria è di quasi tre settimane). Ma più semplice e razionale parrebbe in tali casi praticare, prima di pensare a un intervento, il blocco anestetico del simpatico dell'arto. I primi tentativi sono stati quelli di Roelsen Ejnar e di Dahl Iversen, che affermano di non aver ottenuto alcun miglioramento dall'anestesia novocainica del ganglio stellato, che pur parrebbe l'intervento più razionale; invece Wagner in un suo caso in cui si era avuta una apparente guarigione in seguito all'intervento esplorativo sulla vena (nella quale riscontrò solo uno spasmo), ma era seguita una recidiva, ottenne la guarigione definitiva in seguito alla resezione del ganglio stellato.

Il blocco anestesico del ganglio stellato fu praticato anche in un malato di Huot (cit. da De Girardier) il quale guarì completamente in 16 giorni dopo quattro infiltrazioni (quanto durò la osservazione post-operatoria?) e in uno di Grégoire (cit. da De Girardier) che dopo un miglioramento ha visto persistere la estensione del processo trombosante. Infine De Girardier in un paziente in cui l'accidente datava da undici giorni praticò a giorni alterni cinque infiltrazioni anestesiche del ganglio stellato ed ebbe un miglioramento, ma persistendo lieve edema e circolazione collaterale evidente finì col resecare, un mese dopo l'inizio della malattia, il segmento venoso trombizzato.

Ora a me sembra che il problema della terapia vada impostato nei seguenti termini. In ogni caso di apparente trombosi della vena ascellare il primo compito del chirurgo dovrebbe essere quello di praticare possibilmente la venografia. Se questa parlerà per una vera ostruzione trombolica della vena si imporrà l'intervento sul vaso: scoperto il tronco venoso se la affezione sarà recente e le pareti della vena apparentemente indenni, converrà praticare la incisione e il vuotamento dei coaguli; altrimenti si renderà necessario resecare fra due legature il segmento della vena trombizzato.

Qualora invece la venografia deponga per una stasi della vena senza lesioni organiche, e verosimilmente secondaria a uno spasmo, si può iniziare la cura colla iniezione endovenosa di antispastici (specialmente efficace sembra in questi casi la eupaverina); non ottenendo risultati rapidi, senza attardarsi ulteriormente convien praticare il blocco anestetico del ganglio stellato, e in caso di insuccesso il chirurgo avrà la scelta fra lo scoprimento e l'isolamento del vaso (metodo che ha dato talora buoni risultati: Loehr, Wulsen, Puhl, Wagner) o la resezione del ganglio stellato (che ha dato un successo a Wagner).

La esperienza ulteriore ci chiarirà le indicazioni relative di questi procedimenti.

Nel caso di me illustrato, e che si presentava in così peculiari condizioni patogenetiche, la resezione del segmento vasale collaterale trombizzato, dal quale partiva lo stimolo allo spasmo della vena ascellare, era evidentemente la cura più logica, e la immediata guarigione del paziente ne ha dimostrato la efficacia e confermata la razionalità.

Chiuderò la presente nota con una proposta. Poichè nella affezione della quale ho trattato, mentre la sindrome clinica è ben definita, costante ed univoca, è raro che si riscontri un trauma nella anamnesi; e può non verificarsi la ostruzione vasale ad opera dei coaguli, e quando questa si realizzi può stabilirsi a livello della vena succlavia o magari anche della basilica invece che nella ascellare, così io penso sarebbe consigliabile abbandonare le denominazioni finora usate di « trombosi traumatica

della vena ascellare », « claudicazione intermittente dell'arto superiore », e chiamare la sindrome in questione semplicemente « malattia di Schrötter » dal nome di colui che per il primo l'ha descritta.

E' vero che, come riferisce Paggi, nelle « *Lezioni di Patologia chirurgica, date nella I. e R. Università di Pisa dal professore Andrea Ranzi* » stampate nel 1849, a pag. 10 del volume III si legge: « si sono notate delle flebiti in conseguenza degli esercizi muscolari assai violenti e dell'istantanea impressione del freddo sopra un parte del corpo la quale era in traspirazione » e più oltre « ...finalmente vi sono casi nei quali la malattia sorge come spontanea e comparisce sopra individui giovani, robusti, ed i meglio costituiti ». Ma si osserva: 1° che dalla malattia in questione è escluso il concetto di flebite; 2° che il trauma e l'esercizio fisico violento non sono costanti nell'anamnesi; 3° che alla flebite da sforzo di Ranzi non è data come caratteristica una localizzazione agli arti superiori.

Non parrebbe dunque accettabile una affermazione di priorità a favore di Ranzi.

RIASSUNTO

L'A. propone di chiamare malattia di Schrötter il quadro clinico finora descritto con i titoli « trombosi traumatica della vena ascellare » e « claudicazione intermittente dell'arto superiore »; e ciò sia perchè non sempre si riscontra un trauma nell'anamnesi, sia perchè in molti casi non si verifica la trombosi del vaso, sia infine perchè la trombosi quando esiste talora è localizzata non alla vena ascellare, ma alla succlavia o alla basilica.

Nella patogenesi di tale malattia il fattore spasmo ha probabilmente una importanza di prim'ordine.

Nel caso illustrato dall'A. il quadro comparve in seguito ad un trombosi circoscritta alla estremità terminale della vena basilica, che agendo per via riflessa simulò la sindrome clinica dell'occlusione completa della vena ascellare; alla resezione del segmento venoso trombizzato seguì la immediata scomparsa dei disturbi.

BIBLIOGRAFIA

BIERL. Zentralblatt für Chirurgie, LXVI, n. 28, p. 1560, 1939.

ID. Zentralblatt für Chirurgie, LXVII, n. 43, 1940.

CHIFOLIAU e FOLLIASON. La Presse médicale, XL, p. 84, 1932.

COTTALORDA. Lyon chirurgical, XXIX, p. 160, 1932.

DE GIRARDIER. Mémoires de l'Académie de Chirurgie, LVIII, n. 26 e 27 (seduta del 4 novembre 1942), p. 379.

DELBET. La Presse médicale, XXI, p. 549, 1913.

GENTILE G. Atti del XLIII Congresso della Società Italiana di Chirurgia p. 868, 1936.

GRIMAULT e DANDELOT. La Presse médicale, XXXII n. 1, p. 16, 1924.

HEINECKE. XL Congresso della Società tedesca di chirurgia, 1911.

HENNINGSEN. Zentralblatt für Chirurgie, LXVIII, n. 39, p. 1813, 1941.

JEANNENEY e MATHEY-CORNAT. La Presse médicale, XXXII, p. 628, 1924.

LÄWEN. Zentralblatt für Chirurgie, LXI, n. 29, pagina 1681, 1934.

LENORMANT e MONDOR. La Presse médicale, XL, p. 84 1932.

LERICHE. Journal international de Chirurgie, III n. 6, p. 585, novembre-dicembre 1938.

LOEHR. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, CCXIV, p. 263, 1929.

ID. Archiv. für klinische Chirurgie, CLXXVI, n. 4, p. 701, 1935.

LÖWENSTEIN. The Journal of the american medical Association, LXXXII, n. 854, 1924.

MARINELLI P. Bollettino e Memorie della Società Emiliano-Romagnola di Chirurgia, VIII, n. 4-5, p. 434 1942.

PAGGI B. Il Policlinico, sez. chir., XL, n. 7, p. 383, 1933.

PAMPARI D. Il Policlinico, sez. chir., XLV, n. 10, p. 470, 1938.

PUHL. Archiv für klinische Chirurgie, CXI, p. 569, 1937.

ROELSEN E. Acta medica scandinavica, XLIII, n. 6, p. 589, 1939.

ID. Lyon chirurgical, XXXVI, n. 4, p. 385, 1939.

SCHEPELMANN. Münchener medizinische Wochenschrift, XLVI, p. 244, 1910.

SCHRÖTTER. Nothnagels Handbuch der Pathologie und Therapie, vol. XV, 1884.

VEAL R. American Journal of medical Sciences, CC, p. 27, 1940.

VEAL R. J. e MAC FEDRIDGE. Archives of Surgery, XXXI, n. 2, p. 271, agosto 1935.

WAGNER. Zentralblatt für Chirurgie, LXV, n. 39, p. 2169, 1938.

ID. Zentralblatt für Chirurgie, LXVI, n. 16, p. 971, 1939.

WULSTEN. Zentralblatt für Chirurgie, LVII, n. 2, p. 72, 1931.

ZEHNDER M. Archiv. für klinische Chirurgie, CXCII p. 354, 1938.

ZSCHAU. Münchener medizinische Wochenschrift, LXXXV, n. 51, p. 1990, 1938.

MEDICINA SOCIALE

Su alcune odierne questioni odontoiatriche.

Prof. BENIAMINO DE VECCHIS (Roma)

✦ La professione medica ha una vasta responsabilità per l'insorgenza delle malattie dentarie sia nella vita infantile che adulta: la predisposizione alle malattie dentarie e le stesse malformazioni delle arcate alveolari e della faccia cominciano nella vita uterina, si aggravano nelle varie infanzie, quando i piccoli pazienti sono esclusivamente sotto il controllo dei medici per ciò che riguarda la loro salute presente e futura.

✦ Risulta evidente che le ricerche attinenti all'odontoiatria, e perseguite da una innumerevole falange di docenti della materia, di specialisti o di cultori, sono semplicemente infinite e comprendono non solamente i campi delle pura specialità, ma dell'alimentazione dell'igiene, della batteriologia.

Chi può più oggi dubitare che l'odontoiatria non sia una delle principali scienze mediche?

V'è di più, per quanto sia lunga la vita del dentista, e devoluta per la maggior parte ai problemi tecnici e culturali, questa vita non sarà mai abbastanza lunga per impossessarsi di tutti i rami dell'odontoiatria.

✦ Sfortunatamente i genitori ritengono che le cure dentarie siano solamente necessarie per i denti permanenti, completamente sviluppati. La responsabilità per queste errate supposizioni ricade interamente su quei pediatri e su quei medici di famiglia che non danno opera per la diffusione capillare della cultura. Un dente che presenta un foco infettivo all'età di quarant'anni fu privato delle polpa a trenta anni, otturato per una carie di primo o secondo grado a dieci anni, malamente strutturato e calcificato nei primi anni della vita, non sufficientemente organizzato nei suoi elementi proteici nella vita endouterina quando le principali cure ed attenzioni per ciò che riguarda l'alimentazione, l'ambiente, il lavoro dovevano essere rivolte alla gestante.

✦ Lo streptococco viridante, che s'è fissato sulle valvole cardiache a quarant'anni della vita del paziente, è stato dieci anni a vivere nel canale di un dente morto, come in una provetta di cultura ed altrettanti in un granuloma apicale, quando l'organismo poteva essere liberato di un tale pericoloso foco, nato per ridurre di venti anni la vita. Cosa valgono un dente o i denti quando è in gioco la vita? Nulla.

✦ Perchè non si cariano i denti degli animali selvatici, quali il leone, la tigre, il lupo?

1) perchè questi animali furono allevati più naturalmente e razionalmente e non conobbero l'allattamento artificiale e le malattie dell'uomo;

2) Perchè non superlavorarono, nè ebbero continui appetiti sessuali;

3) Perchè non vissero in ambienti mal soleggiati e mal aerati;

4) Perchè esercitarono i loro denti continuamente e non furono mai affetti da inerzia masticativa.

Che conoscono questi animali, senza dispense alimentari ed acque di conduttura, del Pb salvare, delle vitamine, dei sali tamponi, dei difetti strutturali? Nulla, ma hanno denti eccellenti, compatti, possenti che sono le uniche armi della loro vita. I denti come armi forse li ha usati solamente l'Homo primigenius, l'Homo di Heidelberg.

✦ Il medico sovente non comprende la necessità di correggere o far correggere tutte le abitudini viziose dei bambini: il succhiamento delle dita o delle labbra; il mantenimento fra le arcate di corpi stranieri che impediscono l'eruzione; l'interposizione di un labbro o della lingua fra i denti, come pure non considera i danni che provengono dalla perdita precoce dei denti decidui. Il medico frequentemente crede che le condizioni morbose di tali denti non abbiano importanza e non suppone che esse indicano che l'organismo intero ha bisogno di essere rafforzato e curato e sempre più razionalmente nutrito.

✦ Come per quasi tutti i malati è diventato rutinario l'esame del sangue e dell'urina, così deve essere per quello dei denti. Anche la semplice constatazione dell'inizio della carie in un sol dente deve portare al miglioramento della dieta. Nei bambini con molti denti cariosi, si osserva che il latte, il formaggio, le uova, le arance, il succo di pomodoro non entrano razionalmente nel bilancio dietetico.

✦ È evidente che la semplice ispezione di un dente non può far precisare la presenza di un foco infettivo, come non può la semplice ispezione del torace far stabilire la diagnosi di una affezione cardiaca. I medici devono comprendere che solamente gli odontoiatri esperti ed altamente attrezzati specialmente in apparecchi radiografici possono scovare i foci orali e dare il modo di salvare o allungare la vita umana.

✦ Fino ad oggi l'odontoiatria è stata considerata come una specialità. Lo sarà domani? Le conoscenze che dà l'odontoiatria sono come

quelle che dà la medicina, sono cioè generiche. Non si può pretendere ch l'odontoiatra sia chirurgo orale, ortodontista, radiologo orale, ceramista, come non si può pretendere che il medico sia oculista, dermatologo, cardiologo, neuropsichiatra. Ed i campi della specialità si estendono sempre più: sono in atto ulteriori divisioni come avviene già per la protesi dentaria che si divide in protesi di corone e ponti ed in protesi di dentiere totali.

E non si gridi contro il troppo spezzettamento della tecnica. Soltanto la limitazione ad un sol tipo di lavori può assicurare le supreme perfezioni. Se Raffaello fosse voluto divenire musico e scultore oltre che pittore non avrebbe dato al mondo la Trasfigurazione. Vi furono Leonardo e Michelangiolo, ma sono le uniche eccezioni, di uomini eccellenti in varie arti.

✦ Il primo molare permanente che si cariò a dieci anni, spuntò a sei anni ed era già formato alla nascita. Al momento della nascita, parecchi anni prima che la madre conducesse il bambino dall'odontoiatra, le superfici masticative dei denti erano già formate. Da che cosa? Dal sangue materno, dal latte materno, dalla alimentazione dei primi anni di vita. Perchè crollino le mura di un edificio, oltre ai difetti di fondazione, possono essere responsabili anche lo spessore delle mura stesse e la qualità del materiale di cui sono composte. I denti si perdono per la loro cattiva strutturazione e per l'alterato ambiente nel quale vivono.

✦ Oggi la diagnosi dentaria viene richiesta in moltissimi casi di condizioni morbose dei più diversi organi e sistemi non soltanto dai clinici medici e chirurghi, ma da tutte le specialità ed in prima linea dagli otorinoiatri e dermatologi.

Basta questo dato di fatto per non fare più considerare l'odontoiatria una semplice arte meccanica che rappezza i denti cariati e le arcate mutilate. Per quei medici poi che intendono esaminare la letteratura dentaria degli ultimi venti anni, dovrà suscitare un'alta meraviglia la constatazione della gigantesca sua ricchezza onde si giustifica pienamente la asserzione di un grande Maestro tedesco: « L'odontoiatria è una medicina nella medicina ».

Roma, febbraio 1943 (XXI).

Noi curiamo gli ammalati non le malattie.
GUIDO BACCELLI.

SUNTI E RASSEGNE

MALATTIE INFETTIVE.

La reazione linfoghiandolare nel reumatismo articolare acuto.

(A. ROBECCHI e L. RIGOLETTI. *Minerva Med.*, 17 novembre 1942).

Alcune malattie articolari infiammatorie decorrono con evidente ingrossamento delle linfoghiandole e della milza. Questa reazione linfatica è a volte a carattere satellite e a localizzazione sopra-articolare, a volte invece è costituita da tumefazioni ghiandolari multiple anche in sede profonda (mediastino, ilo epatico, ghiandole lombo-aortiche, ecc.). In questi casi la tumefazione ghiandolare rappresenta la caratteristica clinica più appariscente di particolari gruppi di poliartriti croniche primarie, che costituiscono la sindrome di Still-Chauffard (poliartrite cronica primaria adenosplenomegalica) e la sindrone di Felty (poliartrite cronica primaria adenosplenomegalica leucopenica).

Escludendo queste sindromi sono rare le pubblicazioni riguardanti la reazione linfoghiandolare nelle altre forme di artropatie, specialmente il reumatismo articolare acuto.

In questa malattia sono scarse le osservazioni di tumefazioni ghiandolari. Esse furono fatte da Shaw, Fraser, Klinge e Cassano. I tre ultimi poterono dimostrare che nelle linfoghiandole tanto superficiali che profonde ci sono delle alterazioni linfogranulomatose riportabili al nodulo di Aschoff.

Gli AA. hanno osservato quattro casi di reumatismo articolare acuto in cui fu fatto l'esame istologico delle ghiandole. La reazione linfoghiandolare inizia con una proliferazione reticolo-endoteliale che si manifesta nei follicoli, nei cordoni e nei seni linfatici. Oltre la reticulosi c'è una rarefazione degli elementi della serie linfocitaria, attribuibile alla diminuzione dei linfoblasti nei centri germinativi. I plasmociti sono frequentemente reperibili. I capillari sanguigni hanno parete ispessita e iperplasia endoteliale. Si ha pure iperplasia endoteliale dei seni. Nelle fasi più avanzate si va facendo più accentuato l'addensamento del reticolo argentofilo fino a prevalere sugli elementi reticolo-endoteliali. La capsula e le trabecole connettivali si ispessiscono e in uno stadio ulteriore si ha proliferazione di fibre connettivali giovani accompagnate da fibroblasti e fibrociti che invade i follicoli, i cordoni e i seni sconvolgendo il disegno strutturale della ghiandola e conducendo al quadro della sclerosi.

Queste alterazioni ripetono da vicino quelle che si hanno nella sindrome di Still e in quella di Felty, come pure nella poliartrite cro-

nica primaria in genere e nelle poliartriti subacute.

Gli AA. nei quattro casi loro non videro formazioni granulomatose a tipo di nodulo di Aschoff e ritengono che le adenopatie che si hanno in alcuni casi di reumatismo articolare acuto sono comuni reazioni iperplasiche condizionate al processo infiammatorio localizzato nella articolazione sottostante alla stazione ghiandolare.

La rarità del reperto si può spiegare col fatto che esso è spesso lieve e fugace e sfugge non solo all'osservazione del medico, ma anche all'attenzione del malato. Probabilmente vi influisce un fattore individuale consistente in una maggiore o minore reattività del sistema linfatico. È probabile che le adepatie dovute invece direttamente all'agente causale ignoto del reumatismo articolare acuto siano più frequenti di quanto appaia, perchè colpendo ghiandole profonde, sfugge con facilità all'osservazione clinica e anatomopatologica.

I.

L'edema dei malarici.

(C. RICO-AVELLO. *La medicina coloniale*, 1 febbraio 1943).

Su un totale di 237 malarici (152 da plasm. vivax, 47 da falciparum e 38 da associazione vivax-falciparum) l'A. ha osservato 66 malati con edemi più o meno evidenti (27,3%). In 48 casi (72%) si trattava di malaria recidiva e in 18 di primitive. Tutti i casi osservati riguardavano indigeni marocchini.

In alcuni l'edema era modico, in altri assumeva l'aspetto del vero e proprio anasarca.

La causa di questi edemi malarici si deve ricercare nell'alterazione provocata dall'infeziona malarica sul sistema reticolo-endoteliale, che, secondo le vedute più moderne, è responsabile in gran parte degli stati edematosi.

Le ricerche fatte dall'A. nei suoi casi ha permesso di mettere in evidenza in tutti una ipoproteinemia, un aumento della velocità di sedimentazione delle emazie, una alta reazione di labilità plasmatica, non modificazioni della prova di Mac Clure, non modificazioni della prova di Goethlin per la resistenza endoteliale.

L'edema nei malarici potrebbe essere anche in rapporto con una carenza vitaminica; ma non si è raggiunta una prova sicura di questa affermazione.

Le alterazioni renali partecipano certamente in alcuni casi, poichè la malaria può dare nel periodo di invasione una nefrite o una nefrosi, nel periodo di stato una nefrite cronica e nel periodo terminale una nefrite cachettica. Alla formazione di edemi contribuisce certamente anche lo stato epatico che nei malarici è spesso alterato notevolmente (epatosi, epatiti, cirrosi).

Un'ultima condizione che può intervenire nella formazione degli edemi nei malarici è l'anemia.

L'A. riferisce su 4 casi di edema in malarici, che cita come esempio di edemi da carenza vitaminica o, per lo meno, alimentare in genere, da nefrosi, da epatopatia e da cirrosi.

Per quanto riguarda la diagnosi degli edemi, l'A. insiste sui caratteri differenziali seguenti:

Nelle forme carenziali, oltre all'esistenza di altre manifestazioni carenziali sovrapposte all'edema, l'edema è generalizzato, se c'è ascite nel liquido ascitico la Rivalta è negativa, si ha poliuria all'inizio della malattia e il liquido dell'edema è ipoalbuminoso.

Nella nefrite si ha una ritenzione ureica, ipertensione, ematuria, retinite, cefalea, albuminuria leggera, oliguria, edema generalizzato e liquido edematoso iperalbuminoso.

Nell'aplasia midollare si hanno i caratteri ematologici di questa.

Nelle epatopatie si hanno i segni di insufficienza epatica, la reazione di Takata-Jetzle positiva, subittero, alterazioni, pigmentarie, modificazioni delle feci e delle urine, ascite, emorroidi, alterazioni della coagulazione del sangue.

Nelle nefrosi si ha albuminuria abbondante, oliguria molto intensa, pressione normale e liquido edematoso ipoalbuminoso.

I.

Considerazioni sulle polmoniti resistenti alla terapia sulfamidica.

(G. BICKEL e S. DICKER. *Revue Méd. de la Suisse Romande*, 10 febbraio 1943).

La terapia sulfamidica, pur avendo trasformato completamente la prognosi e fatto calare al di sotto del 10 % la mortalità di questa affezione, non tuttavia in tutti i casi è capace di sviluppare i suoi benefici effetti: alcuni polmoniti dimostrano infatti una netta sulfamido-resistenza.

Tale refrattarietà alla sulfamido-terapia non però necessariamente costituisce la prova di una particolare gravità della forma morbosa sulfamido-resistente; chè anzi trattasi per lo più di polmoniti benigne non pneumococciche.

Secondo il grado di sensibilità abituale, del microrganismo in causa, al Dagenan, al Cibazol e all'Irgamid, Bickel e Dicker suddividono le polmoniti sulfamido-resistenti in tre gruppi, ben distinti l'uno dall'altro: il primo comprende le polmoniti dovute ad agenti patogeni (quali i pneumococchi e gli streptococchi) abitualmente sensibilissimi all'azione dei derivati della sulfanilamide. In tal caso l'insuccesso della terapia può esser dovuto al fatto che la malattia sia provocata da un ceppo microbico anormalmente resistente, questa resistenza essendo o naturale — il che è eccezionale — o acquisita attraverso precedenti contatti del germe con un

derivato della sulfanilamide. Non è impossibile che un certo grado di sulfamido-resistenza possa svilupparsi in occasione di cure sulfamidiche condotte con dosi manifestamente insufficienti: nozione, questa, importante da ricordarsi nella pratica. Più spesso l'insuccesso della terapia è la conseguenza del cedere dei poteri di difesa dell'organismo, in quanto esso, sia per l'età avanzata, sia per esser stata la terapia instaurata troppo tardivamente, sia per l'insorgenza di qualche affezione intercorrente o di complicazioni suppurative gravi ed estese, diverta incapace di completare la distruzione dei germi nonostante questi abbiano pur subìto ad opera dei medicamenti sulfamidici, una generale diminuzione di vitalità e una inibizione del potere proliferativo: in breve abbiano subìto il caratteristico « effetto batteriostatico » (Lévaditi e coll., Beckel e coll., altri AA.).

Il secondo gruppo comprende le polmoniti causate da germi la cui sensibilità verso i sulfamidici è notoriamente mediocre o tuttora incerta: tali sono il pneumobacillo di Friedländer, i stafilococchi e il bacillo di Pfeiffer. L'insuccesso della terapia, molto frequente in questi casi, può talora esser dovuto ad insufficienza dei poteri difensivi dell'organismo, ma è di solito conseguenza diretta del fatto che il germe rimane indifferente di fronte al medicamento somministrato, anche se in dosi assai forti.

Nel terzo gruppo vanno infine riunite le varie forme di polmonite provocate da agenti patogeni che sono di regola e totalmente insensibili all'azione dei sulfamidici: la polmonite tubercolare, la splenopolmonite di Grancher, le polmoniti da virus e alcuni tipi d'infiltrati infiammatori benigni del polmone.

La sulfamido-terapia appare in tutte queste ultime forme morbose completamente impotente e va quindi tralasciata, in quanto inutile e superflua; salvo che si sospetti — o si debba prevenire — il complicarsi della pneumopatia primitiva con qualche infezione secondaria grave.

Questo lavoro di Bickel e Dicker, di cui abbiamo riferito quasi parola per parola le conclusioni, viene pubblicato in un fascicolo della « Revue Médicale de la Suisse Romande » (fasc. 1-bis, 1943) insieme con altri cinque contributi dello stesso Bickel e della sua Scuola ai problemi delle indicazioni e controindicazioni e della posologia dei sulfamidici, in base a una ricca casistica personale, studiata con molta accuratezza e fine senso clinico, nonchè con una serietà piuttosto rara soprattutto in argomenti, come questo, della più grande attualità.

Gli AA. trattano dei problemi suddetti a proposito della glomerulonefrite acuta emorragica, delle infezioni focali, delle eritrodermie medicamentose, dell'agranulocitosi, delle tromboflebiti settiche dei seni cavernosi.

A. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

VIVIANI R. *Valore e limiti del metodo clinico, attributi del metodo radiologico nella diagnostica delle malattie del pancreas.* Società Medico Chirurgica di Bologna. Tip. Mareggiani, 1943.

L'antica e gloriosa Società medico chirurgica bolognese, che ha vissuto i fasti della facoltà medica da molti decenni a questa parte riunendo gli uomini dello « studio » più famosi e non dimenticati, pubblica sotto la sua insegna di schietto sapore ottocentesco una collezione di monografie e memorie scientifiche diretta dal Palmieri, che tiene la cattedra di radiologia che fu già di Aristide Busi. In questo terzo volume Viviani, radiologo e internista, espone il frutto di lunghi anni di ricerche e di studi sulla diagnostica delle malattie del pancreas, e poichè la materia è trattata con molta chiarezza e precisione da un radiologo che è anche un valoroso medico (Palmieri spiega nella prefazione molto chiaramente le sue idee in proposito) possiamo affermare che il piccolo trattato esce dal comune per essere senz'altro classificato fra i libri di medicina di particolare interesse. E questo sia detto perchè il libro di Viviani non vada confuso dal disattento lettore fra la massa delle monografie, frutto solamente di studi compilativi, che purtroppo affiorano spesso nella letteratura medica contemporanea. Una parte strettamente tecnica illustra le nozioni di diagnostica radiologica colla esplorazione del pancreas normale e patologico, sia diretta sia indiretta con mezzi di contrasto e una seconda parte considera per le neoplasie, le cisti, la litiasi del pancreas e le pancreatiti brevi cenni di anatomia patologica, dà una inquadratura della clinica per giungere a considerazioni sulle possibilità diagnostiche del metodo clinico e sugli attributi diagnostici della indagine radiologica. Clinici, medici, chirurgi e radiologi troveranno in questa monografia idee e concetti molto precisi sulla diagnostica delle malattie del pancreas.

BENDANDI.

G. PELÀ. *Valore clinico della reazione di Takata-Ara.* Ed Cappelli, Bologna, 1942. Un fasc. in-8, di 63 pagg., L. 16.

Benchè la reazione di Takata abbia ormai fatto le sue prove e sia entrata nella pratica clinica corrente, e molti lavori siano comparsi anche in tempo recente per riassumere i risultati di sperimentazioni cliniche fatte su larghe casistiche, meritano tuttora di essere chiariti due aspetti della reazione: il suo significato di prova funzionale epatica, e il suo meccanismo chimicofisico. Noi stessi ci sia-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui

mo occupati di entrambi questi problemi e le conclusioni del Pelà, indipendenti dalle nostre, sono alle nostre perfettamente conformi.

L'A. ha ottenuto la reazione positiva sempre in 15 casi di cirrosi epatica, nella metà di 12 casi di altre epatopatie e sopratutto in quelle a carattere sistematico o con distruzione di gran parte del parenchima.

La reazione fu positiva anche nel 23,5 % dei casi di malattie extraepatiche (51 casi); l'A. ritiene difficile escludere in essi un'alterazione del fegato. Per quanto riguarda il meccanismo della reazione, Pelà ritiene, almeno in via provvisoria, che spetti valore decisivo all'alterato equilibrio protidico, ad un quoziente AG elevato o normale, ma con iperglobulinemia o con ipoprotidemia totale. Noi personalmente, abbiamo richiamato l'attenzione sull'importanza delle modificazioni dei complessi lipidoprotidici del plasma, quali elementi essenziali della stabilità del plasma stesso.

Pelà ritiene che la R. T. non possa essere considerata una autentica prova della funzionalità epatica: conclusione della quale vorremmo sottolineare anche qui l'importanza, perchè limita e precisa il campo della utile applicazione clinica della reazione stessa.

M. COPPO

S. GUALCO e A. NEGRO. *La sindrome ipertimica di Pende.* Studio clinico e terapeutico su 65 casi. L. Cappelli, editore, Bologna, 1943, pagg. 94, fot. 130, prezzo L. 24.

Edito dal Cappelli di Bologna nella Collezione Medica delle Attualità Scientifiche colla consueta accuratezza editoriale che gli conosciamo, è comparsa una monografia della Gualco e di Negro sulla sindrome ipertimica del loro maestro Pende.

Il lavoro è presentato da una prefazione di un notissimo pediatra, Dante Pacchiori, e rappresenta una sintesi completa su quest'argomento così interessante non solo dal lato fisiopatologico-culturale, ma anche pratico, clinico.

La parte dottrinale occupa poca estensione nell'esposizione, di cui la parte maggiore è dedicata alla descrizione accurata dei 65 casi osservati dagli AA. Due pagine sole sono dedicate alla terapia consigliata dal Pende e che consiste in un trattamento radioterapico e ormonico. Questo metodo ha dato al Pende, su 624 casi trattati, guarigione del 90 % nei primi tre mesi, dell'8 % nei primi 9 mesi e risultato negativo nel 2 %.

La monografia si chiude colla bibliografia dell'argomento.

Questo lavoro merita di essere letto da chi vuole essere al corrente delle nozioni più recenti nel campo dell'endocrinologia. Egli avrà la sorpresa, se non è ancora a cognizione dell'argomento per aver letto qualche articolo di rivista, avrà la sorpresa di dover ammettere che alcune forme cliniche che fin'ora erano classificate fra i casi di sindrome adiposo-genitale di origine ipofisaria si devono invece classificare fra le sindromi ipertimiche.

L.

Annali della Facoltà di Medicina e Chirurgia della R. Università di Bari. Vol. II, Casa Editrice dott. Luigi Macrì, Bari e Città di Castello, 1943.

Il secondo volume di questi Annali è non meno interessante del primo (del quale abbiamo fatto un cenno per i nostri lettori a suo tempo). Come l'altro volume, comprende, dopo una breve premessa del Preside della Facoltà, prof. Luigi Ferrannini, i due discorsi fatti dallo stesso Ferrannini per la proclamazione dei laureati del 1940-41 e 1941-42 e le relazioni dei vari istituti scientifici, da cui risulta che tutti gli istituti hanno svolto intensa attività didattica, mentre gli istituti di Clinica delle malattie nervose e mentali e di radiologia non hanno potuto svolgere attività scientifica per il richiamo alle armi del Direttore.

A queste relazioni seguono i verbali delle adunanze note col nome di Riunioni mensili dei medici pratici di Bari colle memorie originali dei vari oratori. Queste memorie saranno lette con vivo interesse e documentano la serietà e l'utilità di queste riunioni.

Ottima la veste tipografica dell'Editore Macrì

L.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA

Nuovo segno per la diagnosi semeiologica degli itteri. Il segno tenare-ipotenare di Castellani.

Castellani ha recentemente descritto un nuovo segno per la diagnosi semeiologica degli itteri lievi: « Nei casi di cosiddetto ittero catarrale epidemico, piuttosto frequente in certe stagioni nelle truppe, vi è spesso una iperemia della regione tenare ed ipotenare ed anche occasionalmente della faccia, che può nascondere alquanto il colore giallo della pelle. La pressione della regione tenare (ed ipotenare) col dito o con un vetrino porta-oggetti o con un diascopio farà scomparire il rossore dovuto alla iperemia ed il colore giallo diventerà allora molto più visibile. Lo stesso risultato si ha colla iperestensione (estensione forzata) verso il lato dorsale del palmo della mano. Questa semplice manovra è alle volte utile per il medico pratico quando egli si trova in presenza di casi molto leggeri, in cui può essere difficile decidere, anche dall'esame delle sclere, se vi sia oppur no itterizia ».

G. Guerrisi (*La Riforma Medica*, 6 febbraio 1943) ha ricercato il segno di Castellani in 49 casi di ittero epidemico da lui seguiti nella R. Clinica delle Malattie Tropicali di Napoli e ha rilevato che tale segno è spiccatamente costante e oltremodo sensibile e perciò prezioso per rilevare le più lievi note itteriche.

C. IANDOLO

CASISTICA E TERAPIA.

Macrogenitosomia precoce o pubertà precoce di origine cerebrale (forme diencefaliche o ipotalamiche di Berblenger).

Già in lavori precedenti M. Schachter (*Rev. Clin. Españ.*, 15 dicembre 1942) aveva fatto notare che la macrogenitosomia o sindrome di Pellizzi non è di origine pineale o, per lo meno, non di origine pineale pura. Handelmann su 113 tumori pineali solamente in 13 trovò il quadro della macrogenitosomia. In rapporto con tumori della pineale l'A. trovò su 122 malati il 13 % di casi di macrogenitosomia.

Questa sindrome si può avere nei tumori cerebrali, nei processi infiammatori encefalici, nelle malformazioni congenite dei centri nervosi superiori.

Fra i casi di macrogenitosomia nei tumori cerebrali sono registrati nella letteratura casi di astrocitomi del 3° ventricolo, di ependimogangliomi dei tubercoli mammillari, del tuber cinereum e dell'ipotalamo, sempre in bambini in età prepubere.

Per quanto riguarda i processi infiammatori, ci sono stati casi di macrogenitosomia in bambini impuberi affetti da encefalite per tosse convulsa e per morbillo, da encefalite epidemica, da encefalomeningite, da idrocefalo, da emitremore statico. In tutti questi casi non solo si escludeva un tumore cerebrale, ma anche un neoplasma di qualche ghiandola endocrina (ipofisi, pineale, gonadi, surrenali) e c'era stata una causa infettiva e certamente anche una compromissione dei centri vegetativi. Per la concomitanza di fenomeni a carico della diuresi e del sonno si deve pensare che fosse stato interessato il mesodiencefalo.

Il terzo gruppo di casi di macrogenitosomia è il meno numeroso, perchè comprende solo tre casi in tutta la letteratura. In questi casi bisogna ammettere un'alterazione delle formazioni neurovegetative intracorticali che attualmente si mettono in rapporto colla sfera sessuale.

Per quanto riguarda la patogenesi della macrogenitosomia di origine cerebrale, Berblinger ritiene che non sia necessaria un'alterazione delle vie nervose che sono controllate dalla pineale (p. e. una lesione del terzo ventricolo). Per Lhermitte la lesione della regione ventrale del 3° ventricolo e dei tubercoli mammillari è sufficiente a provocare la sindrome, mentre Müller pensa che basti una lesione dei soli tubercoli mammillari. Spatz e collaboratori vedono la causa in una lesione invece del tuber cinereum.

L.

Turbe extra-genitaliche da insufficienza delle gonadi e loro terapia.

Un'ampia rivista sintetica sull'argomento, corredata da osservazioni personali, troviamo in un articolo di P. Stanganelli (*L'Attualità Medica*, ottobre-dicembre 1942-XX). Egli rileva che nei disturbi extra-genitali il valore della terapia ormonica sta in relazione alla possibilità di stabilire un rapporto patogenetico fra le manifestazioni morbose e la funzione delle ghiandole genitali e degli altri apparati endocrini e neurovegetativi; particolarmente importante è la sinergia del sistema neurovegetativo con quello tiro-ipofisi-genitale.

È ormai conosciuta l'influenza degli ormoni sessuali sulle forme di *depressione fisica e psichica* del climaterio, così maschile come femminile, e sulle *turbe di circolazione* periferica; ma oltre a questi esiste un gran numero di altri quadri morbosi, molto complessi, a tipo di *disendocrinopatie plurighiandolari*, in cui si deve riconoscere una *componente genitale*, i quali tutti si giovano, sia nell'uomo che nella donna, dell'ormonoterapia sessuale, a preferenza maschile, che l'A. ha applicato facendo uso del testoviron e talvolta alternandolo con progynon. Una lunga esperienza clinica gli ha dimostrato l'utilità di tale terapia, non solo nei disturbi del climaterio e nelle

angiopatie sopraricordati, ma in forme di *artriti d'origine endocrina* e in *sindromi di morbo di Flajani*, di *diabete* tanto senile che giovanile, e nell'*asma*, nel quale l'elemento patogenetico allergico si accompagna alla predisposizione offerta dallo squilibrio endocrino e neurovegetativo della costituzione individuale.

Sebbene esista un certo antagonismo fra i due ormori, follicolinico e testicolare, si deve ammettere che possano vantaggiosamente compensarsi in quelle forme nelle quali occorre, per il comune intermediario dell'ipofisi anteriore, ristabilire le sinergie e le solidarietà tra i due ormoni, normalmente esistenti, almeno fino ad una certa età, nei due sessi.

F. J.

L'insufficienza ormonale delle ghiandole germinali dell'uomo e sua cura.

In tutte le forme morbose nelle quali si sospetta una insufficienza delle ghiandole germinali, secondo W. Haring (*Med. Klin.*, n. 40, 1941) è consigliabile una cura col testoviron, saggiando le dosi per tentativi. Un gruppo importante di pazienti presentano il quadro dell'esaurimento nervoso lamentandosi di indebolimento delle capacità fisiche e mentali, di rapida stancabilità, di diminuzione della facoltà di concentrazione e della memoria, inoltre sono soggetti eccitabili, insonni e depressi, talvolta con disturbi vasomotorî. Queste forme si prestano in particolar modo per lo studio dell'efficacia del testoviron perchè, nonostante l'età relativamente giovane dei malati (30-40 anni), si tratta di ben note manifestazioni di vecchiaia e di logoramento. Sopra 118 di tali pazienti 2/3 reagirono bene, e di essi 12 perfino brillantemente, alla cura col testoviron (5 mg., tre volte la settimana o in principio tre volte 10 mg. per 4 settimane). Nei casi favorevoli alla fine della cura i malati dichiarano di sentirsi rinati o rinnovati, contenti di vivere, pieni di fiducia e di forza e di voglia di lavorare. Questi resultati non possono attribuirsi alle semplici cure della casa di salute (bagni, vita all'aria aperta ecc.) perchè mentre non si sono manifestati in altri 800 soggetti tenuti nelle stesse condizioni ma senza il testoviron, sono stati osservati anche fuori dell'istituto di cura in persone rimaste alle proprie occupazioni e curate ambulatoriamente.

Nelle forme di depressione psichica la terapia giova nei casi di oscillazioni dell'umore, scoraggiamento, indebolimento della volontà e senso di malessere: se il quadro morboso si avvicina a quello delle vere psicosi, i resultati sono meno evidenti.

L'A. riferisce anche un caso di ipertrofia prostatica in un uomo di 71 anni, con arresto improvviso della minzione, che per 9 mesi fin alla sua morte potè sempre orinare spontaneamente con 3-4 iniezioni la settimana di 5-10 mg. di testoviron.

L'A. ritiene che gli ormoni sessuali puri, diversamente dagli estratti ghiandolari totali, si possano impiegare esattamente come la insulina.

M. P.

VARIA

Tagliandòsi e uramania.

A quanto riferisce *Praxis*, il neurologo parigino Laignel-Lavastine ha caratterizzato due stati morbosi inerenti alle restrizioni alimentari. La *tagliandòsi* o malattia dei tagliandi è una fobia che, in soggetti predisposti, assume una forma ossessionante: così una donna era spinta irresistibilmente a gettare le tessere nel fuoco; certi soggetti si dànno al commercio clandestino, o « mercato nero », unicamente per sottrarsi all'ossessione dei tagliandi. La *uramania* (dal greco *ourà*, coda o retroguardia) si riscontra nelle persone che fanno la coda ai negozi. A parte gl'inconvenienti che derivano dalle intemperie (come raffreddori e polmoniti) e dallo stare in piedi (come l'aggravamento delle varici crurali ed emorroidarie) o dall'affollamento (come i contagi), si notano ripercussioni neuropsichiche al riguardo. Si differenziano; *gli urafobi*, che detestano di fare le code, pure adattandovisi; gli *urafili*, che amano di fare le code; gli *uramani*, per i quali fare le code è divenuta una mania; infine i *caudicoli*, che profittano delle code e ne traggono guadagni: così certe operazioni commerciali vengono compiute grazie allo «statico attendere».

(Da *L'attualità med.*, genn-marzo 1942).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Legislazione dell'assistenza ai militari minorati (Prof. ALFREDO BUCCIANTE - Edizione « Il Mediterraneo », 1942, Roma).

Spiega il sottotitolo: *reintegrazione dell'invalido — Avviamento professionale — Le pensioni di privilegio — Ordinamento in Italia e in Germania* ». Ma c'è assai di più in questa trattazione complessa, che il prof. Antonio Cazzaniga — competentissimo — ha qualificato « opera senza precedenti e quindi *originalissi-* « *ma*, nella quale la importante materia è pro- « spettata in un quadro integrale con finalità « non soltanto espositive ma anche di elabora- « zione comparativa e critica ».

L'ordinamento legislativo nostro vi è esposto anche nel suo processo di formazione, sin dalle prime disposizioni del D. L. 1916 n. 497; le norme ora in vigore, opportunamente riprodotte in appendice, sono esaminate, chiarite e spiegate in ordine sistematico; una imponente serie di casi — scelti con metodo, esposti compiutamente con informazioni e riferimenti di pareri del Collegio medico legale e di decisioni della Corte dei conti, analizzati con acute annotazioni e ricondotti a direttive generali — completa questa parte della trattazione.

Il prof. Bucciante, capo dell'« Ufficio ordinamento sanitario » durante la guerra 1915-1918, poi Presidente del Collegio medico legale e consigliere della Corte dei Conti, osservatore acuto e organizzatore costruttivo, medico competentissimo e, per versatilità del suo fortissimo talento, pronto anche alla intuizione giuridica, ha utilizzato la sua eccezionale esperienza di realtà viva e dolorante e ci ha dato una guida preziosa in questo campo poco esplorato e purtroppo sempre più vasto, difficile e penoso.

Ha fatto di più. Ha studiato ed esposto l'ordinamento dell'*assistenza militare in Germania* secondo la legge 1920 e la riforma attuata nel 1938-39 su nuove basi: la prima assicurava al militare, ferito o malato per causa di servizio, una rendita (pensione) sulla base della capacità di *guadagno*; la nuova legge tende alla reintegrazione e alla utilizzazione della capacità di *lavoro*. Direttive fondamentali: ogni lesionato che possa essere utilizzato per il lavoro deve essere collocato in un posto di lavoro; al lesionato per causa di servizio, riconosciuto incapace di utilizzazione per il lavoro è attribuita una rendita (Rente fuer Arbeitsverwendungsunfaehige). Nel primo caso l'*assistenza professionale* provvede al fine di ridare capacità di lavoro.

Sono considerati incapaci di utilizzazione per il lavoro coloro che non possano *proseguire una preparazione professionale* o non possano esercitare l'antica professione nè prepararsi ad altra « che si potrebbe giustamente richiedere in considerazione delle loro condizioni di vita, delle loro cognizioni e della loro capacità ».

Al militare incapace di utilizzazione per il lavoro è dovuta una pensione.

Il prof. Bucciante ha esposto, nella « sezione seconda » della « parte prima » l'ordinamento 1920; ha riferito, con ampi particolari e dati statistici, le esperienze ventennali del regime delle pensioni in Germania, rilevando il pregiudizio che ne è derivato allo sviluppo e alla utilizzazione delle energie produttive e alla educazione morale e spirituale e i fenomeni preoccupanti di c. d. nevrosi da rendita. Nella « parte seconda » ha esaminato ampiamente e con chiarezza il nuovo ordinamento che assicura al militare assistenza piena al fine della reintegrazione nei limiti delle possibilità e della ricostituzione e riattivazione anche delle capacità minima di lavoro.

Norme speciali sono stabilite dalla legge 6 luglio 1939: « Lo Stato Nazionalsocialista — è detto nella premessa — ascrive a suo dovere di onore accordare ai soldati — che, mettendo spontaneamente a rischio la loro salute e la loro vita, abbiano riportato lesioni durante una azione straordinaria, per effetto di armi o di altri mezzi bellici o nella zona di combattimento, oltre l'assistenza e rendita concessa in base alla Wehrmachtfuersorge-und-versorgungsgesetz *un'ulteriore assistenza e rendita*; altrettanto vale per le famiglie dei soldati defunti ».

Considerati comparativamente i due ordinamenti di assistenza, anche dal punto di vista delle norme di procedura, e delle rispettive esperienze, il prof. Bucciante ha rivendicato all'Italia la concezione e le prime iniziative di attuazione dell'assistenza ricostitutiva e della sistemazione in posto di lavoro: « L'Italia ha sentito come dovere dello Stato il compito di ridonare all'invalido, oltre la salute, la capacità lavorativa e tale dovere ha, prima fra tutte le Nazioni, regolato per legge. Nello stesso nostro ordinamento sanitario militare della grande guerra, nella organizzazione degli apprestamenti complementari e sussidiari per i feriti e poi per gli invalidi, nelle disposizioni man mano emanate con decreti e con istruzioni, fino alla legge istitutiva della grande Opera Nazionale per la protezione ed assistenza agli invalidi di guerra, vediamo trionfare il concetto fondamentale della cura chirurgica specializzata e indirizzata alla reintegrazione della

(*Continuazione alla pagina seguente*).

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

(*Seguito della* Politica sanitaria *dalla pag. prec.*).

idoneità al lavoro, nonchè i concetti dell'assistenza persuasiva e della rieducazione funzionale e professionale perseguita con ogni mezzo scientifico e morale, onde ricostituire il lesionato in unità operante nella vita del lavoro, prima di giungere alla fase della liquidazione pensionistica ».

Assistere, reintegrare, ridare sino all'estremo limite delle possibilità la capacità la gioia e la dignità del lavoro; proteggere il minorato nel suo ritorno all'attività professionale: immane, sacro dovere di solidarietà, che si estende a tutte le vittime dell'azione nemica. È dovere urgente: tutti lo sentiamo nostro: Bucciante lo ha espresso e concepito con larga visione e ne ha tracciato le grandi linee dell'attuazione. Questo è *il più alto valore del suo libro*.

« Occorre che l'assistenza *integrale* abbia carattere *obbligatorio*, *immanente*, *continuativo;* che sia nettamente invertita la formula, nel senso di dare all'assistenza (*dalla* rieducazione al collocamento) un posto principale, se non esclusivo rispetto al trattamento pensionistico; che siano ridati *all'invalido capacità di lavoro e posto di lavoro, ricostituendolo in valore sociale.* Bisogna però che il dovere dello Stato sia integrato dal correlativo dovere dell'individuo ».

Gli orientamenti tracciati da Bucciante seguono le grandi direttrici della protezione del *lavoro già in atto* nella nostra legislazione e, più, nella realtà delle opere di previdenza e assistenza in ogni campo.

Nella stessa direzione si svolge, dopo la recente riforma della legge sugli infortuni, l'attività di assistenza ai lavoratori infortunati.

Ai gloriosi combattenti e ai minorati sono rivolti provvedimenti vari ed opere disposte e organizzate dal Governo, dal Partito, da autorità politiche e militari.

La via è, dunque, aperta ad opportune riforme legislative e alla complessa e vasta opera di solidarietà nazionale che ci unisce in un comune sacro dovere di riconoscenza e di sacrificio, per l'assistenza redentrice.

GIOVANNI SELVAGGI.

CONCORSI.

Concorsi a premi.

Fondazione « Cirincione-Cidonio »

La Fondazione bandisce concorsi per lavori di oftalmologia ai seguenti premi:

1) Premio « Cirincione » di L. 20.000 (internazionale) da conferirsi ad una memoria originale nel campo oftalmologico compiuta negli anni 1942 e 1943. Il lavoro deve essere inviato in lingua italiana, dattilografato in tre copie, non più tardi del 31 agosto 1943. Non sono ammessi al concorso professori titolari e coloro che abbiano oltrepassato il 45° anno di età. Questo premio viene assegnato al primo riuscito nella terna; mentre al secondo e al terzo viene conferita una medaglia d'oro;

2) Premio « Cidonio » di L. 7000 (nazionale) per la migliore memoria compiuta negli anni 1941 e 1942 da un oftalmologo italiano. Limite di età 45 anni. Il lavoro deve essere inviato, con le modalità del precedente, non più tardi del 31 maggio 1943.

Premio « Maurizio Bufalini ».

È aperto un concorso per l'assegnazione del premio « Maurizio Bufalini » da conferirsi alla memoria che verrà giudicata migliore nella trattazione del tema sottoindicato, dallo stesso fondatore prescritto.

Le domande d'ammissione al concorso, stese su carta bollata da 6 lire, diretta al Magnifico Rettore dell'Università di Firenze, dovranno essere presentate al Segretario degli Affari Generali dell'Università (Piazza S. Marco 2) entro le ore dodici del 31 ottobre 1944-XXII, corredate dai seguenti documenti: certificato d'iscrizione al P.N.F. o alle organizzazioni del Regime, per concorrenti di cittadinanza italiana; dichiarazione di non appartenere alla razza ebraica per tutti i concorrenti. Il premio ammonta a lire cinquemila (L. 5000).

Tema: « Posta l'evidenza della necessità di assicurare al solo metodo sperimentale la verità e l'ordine di tutte le scienze, dimostrare in una prima parte, quanto veramente sia da usarsi in ogni scientifico argomento il metodo suddetto, ed in una seconda parte, quanto le singolari scienze se ne siano prevalse nel tempo trascorso dall'ultimo concorso (1924) fino ad ora, e come possano esse ricondursi nella più fedele ed intera osservanza del metodo medesimo ».

Borse di studio.

Borse di studio « Tommaso De Amicis »

È aperto il concorso a tre borse di studio « Tommaso De Amicis ».

Possono prender parte al concorso per una borsa i medici che abbiano conseguito entro il biennio precedente il termine di scadenza dal concorso, e cioè entro il luglio ed ottobre 1942-XX e luglio 1943-XXI, il diploma di specialista presso la Scuola di Perfezionamento in dermatologia e sifilografia della R. Università di Napoli e che abbiano superato i singoli esami di profitto e l'esame di diploma con una votazione non inferiore ai sette decimi.

Al concorso per le altre due borse possono prendere parte i laureati in Medicina e Chirurgia, che, avendo seguito tutti i corsi presso la Facoltà Medico-Chirurgica della R. Università di Napoli, abbiano ivi conseguito la laurea in medicina e chirurgia da non più di cinque anni alla data del 15 settembre 1943, ed abbiano riportato in tutti gli esami speciali ed in quello di laurea votazioni non inferiori ai sette decimi.

Le borse, dell'ammontare ciascuna di L. 2500, saranno attribuite rispettivamente ai concorrenti che, a giudizio inappellabile della speciale Commissione, avranno presentato e discusso la migliore memoria inedita su di un argomento a loro scelta, di dermatologia o venereologia o sifilografia.

Il termine per la presentazione della domanda, indirizzata al Rettore con i documenti, scadrà il 15 settembre 1943-XXI.

Sono esclusi dal concorso gli appartenenti alla razza ebraica.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

RICOMPENSE AL VALOR MILITARE concesse ad Ufficiali del Servizio Sanitario M. M.

Medaglia d'argento: Ten. col. med. Mario Fea: « Direttore del Servizio Sanitario della R. Marina in Albania e nella Grecia Occidentale, nel corso degli avvenimenti bellici di un lungo ciclo operativo, dedicava costantemente la sua opera, all'organizzazione ed al potenziamento dei servizi sanitari a lui affidati, superando con tenacia e spirito di iniziativa ardue difficoltà di ordine tecnico ed ambientale.

Audace ed entusiasta, partecipava volontariamente a missioni di guerra affrontando con noncuranza del pericolo continui rischi in zone spesso insidiate dall'offesa aerea e subacquea nemica.

Sotto bombardamenti aerei si prodigava infaticabilmente nelle opere di soccorso ai feriti e ai naufraghi di unità sinistrate in rada, elargendo il conforto della sua assistenza e dimostrando di possedere le più belle doti del medico-soldato, votato ad un'opera altamente umanitaria.

Nel corso di una missione, in tragico incidente di volo, suggellava con la morte la sua completa dedizione al dovere ».

(Determinazione del 14 febbraio 1943-XXI).

Croce di guerra: cap. med. di compl. Colombo Crespo; ten. med. di compl. Gaetano de Judibus.

Encomi solenni: magg. med. Stefano Castagna; cap. med. Antonio Di Maggio; s. ten. med. Bruno Salis.

La Reale Accademia d'Italia ha conferito il premio « G. B. Grassi » per la Parassitologia al prof. Augusto Corradetti dell'Istituto Superiore di Sanità per i suoi studi sulla Malaria.

Il prof. Domenico Campanacci è nominato straordinario di clinica delle malattie infettive all'Università di Parma.

Il prof. Pietro Rondoni, accademico d'Italia, è stato nominato membro onorario della Società tedesca di chimica, in occasione del 75° anniversario della Società stessa.

Il prof. Emil Karl Frey, allievo di Sauerbruch, è stato chiamato alla cattedra di chirurgia dell'Università di Monaco.

All'Università di Praga è stata nominata titolare della cattedra d'istologia la dott.ssa docente Dora Boerner.

NOTIZIE DIVERSE

Società italiana di nipiologia.

Il 14 aprile si tenne nel R. Stabilimento dell'Annunziata di Napoli la seconda riunione scientifica della Sezione Campana della Società Italiana di Nipiologia, sotto la presidenza del prof. Vaglio.

Furono svolte le seguenti comunicazioni: prof. Cacace: Considerazioni sul recente referendum del « Policlinico Infantile » con speciale riguardo alla nipiologia; prof. della Cioppa A.: Le cure inalatorie a servizio della ortogenesi e della profilassi nell'età nipiologica; prof. Graziani: Cenni nipiologici nel primo libro dell'« Emilio » di Rousseau; prof. Vaglio: Il peso medio dei neonati in rapporto ai pericoli d'incursioni aeree; dott. Lusi: Influenza del lavoro delle madri operaie del Laboratorio Pirotecnico di Capua sull'accrescimento del lattante.

Fu approvato a l'unanimità il seguente ordine del giorno, presentato dal prof. Della Valle, della R. Accademia d'Italia, ordinario di pedagogia nella R. Università di Napoli: « La Sezione Campana della Società Italiana di Nipiologia, prendendo atto con vivo piacere che già da qualche anno, con saggia e moderna innovazione, il Governo Nazionale Fascista in tutte le Scuole Medie Superiori dipendenti dal Ministero dell'Educazione Nazionale ed in modo particolare negli Istituti Magistrali, limitatamente alle studentesse, ha introdotto l'insegnamento obbligatorio della Puericoltura, affinchè le donne italiane siano meglio in grado di coordinare il loro nobilissimo ufficio di madri e di allevatrici delle nuove generazioni, destinate a portare sempre più in alto la potenza, la prosperità e la gloria della Patria, fa voti che il suddetto insegnamento obbligatorio della Puericoltura sia completato nelle Scuole medie femminili e specialmente negli Istituti Magistrali con l'insegnamento della Nipiologia, cioè della scienza integrale del lattante. In tal modo non soltanto le suddette alte finalità vagheggiate dal Governo Nazionale Fascista verranno meglio realizzate, ma si otterrà anche il vantaggio che la benemerita Opera Nazionale Maternità e Infanzia trovi in ogni famiglia e specialmente nelle maestre elementari, spesso insegnanti in remoti villaggi, utili propagandiste delle sue illuminate direttive ed efficaci collaboratrici nei superiore interesse della Nazione specialmente riguardo alla tutela integrale della prima età della vita ».

Su proposta del prof. Della Valle, fu deliberato di inviare l'ordine del giorno al Ministero ed al Sottosegretario di Stato per l'Educazione Nazionale.

Convegno internazionale per la lotta anti-tubercolare.

A Budapest, il 4 maggio si sono conclusi i lavori di un convegno dei rappresentanti di paesi europei aderenti all'Associazione internazionale per la lotta contro la tubercolosi.

Il convegno è stato presieduto dal prof. Tomesik della facoltà di medicina dell'università di Budapest.

Sono stati esaminati e concordati mezzi efficaci per la lotta contro la tubercolosi in tempo di guerra.

Corso per allievi ufficiali dell'aeronautica.

Si è iniziato, col 1° maggio, il 3° Corso per Allievi ufficiali medici di complemento della R. Aeronautica.

Le discipline che vi s'impartiscono sono: medicina legale, medicina aeronautica, psicologia e psicopatologia, traumatologia, igiene e le varie specialità; otorinolaringologia, oculistica, ecc. I docenti sono tutti cultori delle materie, appartenenti al Corpo Sanitario Aeronautico, di cui è capo il gen. Rosolino Mereu: Marulli, Talenti, direttore del corso, Casella, Colajanni, Midulla, Gasparrini, Franchini, Leo, Macchiarelli, Cannizzaro, Stefanini. Le lezioni, che si tengono presso la Scuola d'Applicazione della R. Aeronautica, dureranno fino a tutto luglio.

Corso di malariologia.

L'Istituto di Malariologia « Ettore Marchiafava » in Roma terrà un corso per medici e dottori in scienze naturali dal 5 luglio al 15 agosto; l'insegnamento comprenderà lezioni, dimostrazioni pratiche, esercitazioni, visite di località malariche e di alcune bonifiche.

Il numero degli allievi da ammettere sarà limitato dalla Direzione.

La tassa d'iscrizione è di L. 100 più una quota di L. 100 per le gite d'istruzione. Le spese di viaggio, vitto e alloggio nelle gite di istruzione sono sostenute dall'Istituto.

Alla fine del periodo di insegnamento gli allievi possono ottenere il certificato del corso seguito o il diploma di esame.

Per informazioni e per il programma rivolgersi alla Segreteria dell'Istituto, Policlinico « Umberto I », Roma.

L'insegnamento sarà impartito dai proff. G. Bastianelli, Bignami, Ferrata, Lazzaro, Lega, Pampana, Raffaele e dai dottori Casini e Marot. Saranno tenute conferenze dai proff. Cerletti, Del Vecchio, Escalar, A. Labranca e dei dottori Canezza ed E. Jandolo.

Una lezione del prof. Haagen.

Nell'aula Magna dell'Istituto superiore di Sanità il prof. Eugen Haagen, direttore dell'Istituto Statale d'Igiene dell'Università di Strasburgo, presentato dall'Ecc. prof. Domenico Marotta, direttore dell'Istituto, ha tenuto una lezione su « I problemi immunitari nelle malattie da virus ».

Il conferenziere ha trattato di un nuovo metodo per dimostrare l'immunità nelle malattie da virus. Il metodo è basato sopra una prova di neutralizzazione, un procedimento combinato, sierologico e batteriologico, conosciuto sotto il nome di prova di protezione del topo (Maüseschutzprobe). Un virus fisso si ottiene dopo un certo numero di passaggi. Per la prova in parola si adopera una diluizione del virus che uccida in un determinato tempo un determinato numero di topi con una garanzia del 100 % (dose limite mortale). La « Maüseschutzprobe » può servire per lo studio dell'immunità nell'influenza epidemica. Questa stessa prova è diventata importante per la conoscenza dei virus encefalitico specifico, della poliomielite e dell'encefalite di S. Louis. L'O. ha terminato parlando dell'avvenire della sieroprofilassi nelle malattie da virus, facendo risaltare che ha valore pratico soltanto se può essere utilizzata poco prima che abbia luogo l'iniezione. Non può dare successi nell'immunizzazione passiva, quando cioè gli organi ed i tessuti sono già invasi dalla malattia.

" Mutualità Fascista ,,.

Il Duce ha ricevuto, presente il Ministro delle Corporazioni, il Consigliere Nazionale Augusto De Marsanich, presidente dell'Ente « Mutualità Fascista » — Istituto per l'assistenza di malattia ai lavoratori — ed i Consiglieri Nazionali Nazzareno Bonfatti, Leonardo Gana, Vito Palermo e Mario d'Havet, presidenti rispettivamente degli Istituti mutualistici per gli addetti all'industria, al commercio, all'agricoltura ed alle aziende del credito e delle assicurazioni, che con provvedimento in corso vengono fusi nell'Ente predetto.

Il Ministro delle Corporazioni ha riferito al Duce sulla fervida ed ampia attività svolta dagli Istituti che vengono a cessare, la quale consente al nuovo Ente di iniziare la sua azione ponendo immediatamente a profitto una somma cospicua di mezzi, di esperienze, di realizzazioni e di iniziative.

Il Duce ha elogiato i presidenti degli Istituti assorbiti ed ha tracciato al cons. naz. De Marsanich le direttive perchè l'Ente Mutualità Fascista raggiunga pienamente lo scopo per il quale è stato creato, di assicurare cioè, sulla base del principio della solidarietà nazionale ed attraverso la unificazione della gestione e dei servizi, quindi con un apparato burocratico ridotto, una assistenza sempre più larga, sollecita, efficace e diffusa a favore dei lavoratori di tutti i settori produttivi.

Munifico atto del prof. Emilio Veratti.

Il prof. Emilio Veratti, già ordinario di patologia generale nella R. Università di Pavia, in occasione del suo collocamento a riposo per raggiunti limiti di età, allo scopo di onorare la memoria del suo compianto figliolo dott. Giampiero, che fu uno dei migliori allievi di quella Facoltà medica, ha donato all'Università la somma di L. 100.000 al fine di istituire un premio annuo perpetuo di L. 5000 da intitolarsi al neo-laureato in medicina e chirurgia che avrà presentato e discusso la migliore dissertazione di laurea.

Con tale elargizione il prof. Veratti ha voluto anche dimostrare il proprio affetto all'Università di Pavia, nella quale ha trascorso tutta la sua carriera, salendo alla cattedra illustrata dal suo grande maestro Camillo Golgi.

Un po' dovunque.

Dei convegni di radiologia medica e di cardiologia, adunatisi il 4 aprile e il 2 maggio, pubblicheremo brevi resoconti prossimamente.

Una Commissione internazionale composta di esperti medico-legali di 12 Nazioni — tra i quali professori d'università e studiosi di valore, come il prof. Palermo, ordinario di medicina legale nell'Università di Napoli e il prof. Neville, svizzero — ha firmato un protocollo che dimostra la ferocia con cui è stato commesso l'eccidio nel bosco di Katyn. Erano state aperte sette fosse e se n'erano estratte 982 salme, di cui 70 % identificate.

La Sovrana ha visitato in Roma l'Ospedale della C. R. I. « Cesare Battisti », che accoglie feriti di guerra e delle incursioni aeree nonchè malati della Regia Marina.

Il Principe di Piemonte ha visitato il 20 aprile a La Spezia i luoghi sinistrati e, successivamente, l'ospedale civile, dove s'intrattenne con i feriti delle due recenti incursioni.

La Principessa di Piemonte ha visitato in Roma l'Ospedale « Principe di Piemonte » dell'Ordine di Malta.

Il barone Piero Campagna, stella d'oro al Merito rurale, ha messo a disposizione del prefetto di Cosenza un milione di lire da devolvere all'Ospedale civile ed all'Asilo infantile di Corigliano Calabro

Fra i molti trattenimenti organizzati per i nostri feriti e mutilati di guerra, va segnalato un concerto promosso dalla colonia ungherese di Roma nel teatro Quirino; vi sono intervenute eminenti personalità.

Nell'incursione aerea nemica del 4 aprile su Napoli, una bomba ha determinato il crollo di un'ala della Clinica ostetrico-ginecologica e ha danneggiato gravemente gl'Istituti contigui di patologia generale e di microbiologia. La Clinica medica ha pure subìto danni, ma in misura minore, per lo scoppio di una bomba nelle vicinanze.

Nel « Giornale d'Italia » del 4 maggio il corrispondente di guerra A. Vacchini dà notizie dettagliate su di una nostra nave ospedale che, durante il viaggio verso la Tunisia, venne attaccata da dodici grossi bombardieri americani e al ritorno da diciassette grossi caccia bimotori americani che cagionarono numerosi feriti e danni.

Nell'attacco aereo del 26 aprile su Grosseto, compiuto di pieno giorno, venne colpito anche l'Ospedale della Croce Rossa.

Nello *stabularium* dell'Ospedale di Circolo di Legnano sono stati rubati conigli e cavie che servivano per esperienze; la direzione dell'Ospedale ha messo in guardia contro il pericolo di cibàrsi delle carni di questi animali.

Il Consiglio dei Ministri, nella riunione del 6 aprile, approvò un disegno di legge per il miglioramento delle condizioni igieniche e sociali degli operai addetti alle miniere di zolfo. Approvò anche uno schema di provvedimento che sottopone al preventivo esame del Ministero della cultura popolare la costituzione di nuove imprese editoriali.

Si è vietata la vendita della birra, sia di produzione nazionale che importata, alla popolazione civile, a partire dal 1° maggio.

Col prossimo 28 ottobre andranno a riposo, per raggiunti limiti di età, oltre i proff. P. Bosellini, D. De Blasi e L. Spolverini, dell'Università di Roma, di cui già demmo notizia, anche i proff. G. B. Allaria di clinica pediatrica a Torino, Ernesto Bertarelli d'igiene a Pavia, Carlo Ganfini di anatomia umana normale a Genova e Francesco Purpura di patologia chirurgica a Palermo. Gl'insigni Maestri metteranno ancora il loro sapere e la loro operosità a benefizio della nazione e della scienza; formuliamo cordiali auguri che siano a lungo conservati.

Al Senato del Regno la Commissione di Finanza e quella degli Interni e della Giustizia hanno discusso e approvto il 7 mggio, lo stato di previsione del Ministero dell'Interno per l'esercizio 1943-44. Erano presenti i Ministri della Giustizia e delle Corporazioni e il Sottosegretario per l'Interno. Hanno preso parte alla discussione i senatori Spolverini, Guaccero e altri. Il Sottosegretario per l'Interno Albini, rispondendo ai vari oratori, si è occupato, tra l'altro, dei risultati conseguiti con la politica demografica e delle particolari cure che il Ministero dedica ai servizi sanitari.

Nel « Corriere della Sera » del 9 maggio il corrispondente di guerra Dino Buzzati descrive gli attacchi di due formazioni aeree americane contro la nave-ospedale « Principessa Giovanna » proveniente dalla Tunisia e carica di 788 feriti di guerra, tra cui 13 inglesi (con un sovraccarico, rispetto al normale, di 100 persone); la seconda volta la nave era ferma e stava soccorrendo un aereo sanitario di cui furono presi a bordo 2 morti e 3 feriti. Nella nave-ospedale rimasero uccise 42 persone e ferite 52 tra cui 22 appartenenti all'equipaggio di marinari e di personale sanitario. Questo ha avuto una condotta ammirevole.

Sono stati sospesi temporaneamente alcuni periodici di medicina, tra cui la « Rivista di Neurologia ».

Secondo ricerche del rev. E. Moelles, studioso tedesco, Leonardo da Vinci risulta nato il 15 aprile 1452.

Il prof. Luigi Torraca, clinico chirurgo di Napoli, ha commemorato, sotto gli auspici dell'Università e della Società Reale il centenario della nascita di Antonino d'Antona, lumeggiando l'opera ospedaliera e universitaria del grande Maestro della chirurgia.

Si è iniziata la pubblicazione della « Bibliografia Germanica », rassegna mensile in fascicoli di una trentina di pagine: vi è fatto un buon posto alla medicina e alla biologia. La direzione e l'amministrazione hanno sede in Firenze, via S. Margherita a Montici. L'abbonamento annuo importa L. 30 in Italia e L. 50 all'Estero; un fascicolo separato L. 4. Il nuovo periodico si renderà utile agli studiosi.

Nel Reich si è intensificata la lotta contro la tubercolosi: ogni tedesco colpito dalla malattia viene curato in modo completo, se necessario a spese dello Stato; contemporaneamente si provvede ad evitare il contagio. Gli antichi pazienti vengono controllati periodicamente. Nel corso dell'attuale guerra si sono esaminati radiologicamente vari milioni d'individui. Sono ora in piena attività 1300 consultori, con 1550 medici e 4370 infermiere, alle dipendenze degli Uffici di Sanità.

Il prof. K. Thums, di Praga, ha inaugurato a Troppau una Sezione della Società per l'igiene razziale, trattando il tema: « La via dall'igiene razziale alla politica razziale ».

Nel Reich, col semestre estivo del 1943, il diploma di medico può essere conseguito anche senza aver prestato servizio presso i malati, e la durata di questo servizio viene ridotta da 6 a 4 mesi. Gli esami devono vertere, oltre che sulle

cliniche medica, chirurgica e ginecologica, anche su quella pediatrica.

L'Università di Marburgo ha onorato il prof. Rudolf Knapp in occasione del 70° compleanno; gli è stata consegnata la medaglia Goethe per l'arte e la scienza conferitagli dal Führer; la Facoltà medica lo ha nominato dottore *honoris causa* in odontologia.

Il Ministro dell'igiene dell'Inghilterra è venuto intensificando la lotta contro la tubercolosi, malattia che si è molto diffusa e aggravata durante la guerra.

Su invito della Società dermatologica ungherese il primario dott. Alexandre Hottmann ha tenuto una conferenza nella Clinica dermatologica di Budapest.

Su invito dell'Accademia medica rumena sono state tenute a Bucarest due conferenze dal prof. consigliere Falta e altre due dal prof. Hans Eppinger.

Il dott. Luigi Castelli di Milano saliva le scale per recarsi a visitare una degente, allorchè due gradini, corrosi, gli si sgretolavano sotto i piedi ed egli cadeva riportando lesioni che hanno richiesto il suo ricovero nell'Ospedale Maggiore.

La massaia rurale Maria Miotto in Spadon, di 35 anni, ha dato alla luce un gemello nella sua abitazione in Porto Torres e un altro nell'ospedale civile di Adria.

Nella sede della Sezione mutilati e invalidi di guerra a San Remo si è inaugurato un nuovo ambulatorio medico.

L'Accademia di medicina di Parigi ha emesso il voto che i fegati dei pesci, in particolare dei merluzzi, pescati in grande quantità a La Rochelle e altrove, siano conservati col freddo, ovvero col sale, per l'estrazione dell'olio, a scopo terapeutico.

Sono caduti per la Patria il capitano medico nob. dott. LODOVICO DEL RESI e il tenente medico di complemento dott. RAFFAELE SALVEGLIO.

CORRIGENDA. Nel fascicolo 16, a p. 510, lavoro del prof. V. Palumbo, 2ª colonna, terz'ultima riga, leggere: le irradiazioni gamma del radium.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Giorn. di Cl. Med., 10 feb. — S. MASSERA. Vaccinoterapia endov. di forme eberthiane. — L. BATTISTONI. Motilità dello stomaco e testoviron.

Revue Méd. Suisse Rom., 10 feb. — Sulfamidici.

Min. Med., 27 gen. — P. LARIZZA. Terapia delle sindromi vasomotorie con ormone follicol.

Arch. It. di Chir., mag. — L. PARDI e P. MONTALDO. Il sistema capillare nell'immediato periodo post-operatorio.

Settim. Med., 29 nov. e 27 dic. — Numeri di ortopedia e traumatologia.

Rif. Med., 13 feb. — A. CIMINATA. Chirurgia gastr. — N. QUATTRIN Citologia del liquor cef.-rach. nella meningite cer.-spin. epidem.

Rass. di Clin. ecc., nov.-dic. — G. DE DOMINICIS. Tremore d'origine tossico-professionale. — M. MARIOTTI. Febbri criptogenetiche.

Wien. Klin. Woch., 26 feb. — O. ALBRECHT. La psiche dell'uomo. — H. FUHS. Il decubito.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo — A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME L — Roma, 17 Maggio 1943-XXI — Num. 20.

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinica Medica di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER L'ANNO 1943

Singoli:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 100	L. 145
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . . .	L. 70	L. 80
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile) .	L. 70	L. 80

Cumulativi:	Italia	Estero
(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . . .	L. 155	L. 210
(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 155	L. 210
(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chir.) .	L. 200	L. 275

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 7; della PRATICA L. 5.

I numeri, che vengono tutti scrupolosamente spediti, se non reclamati entro un mese dalla loro pubblicazione, si rinviano soltanto a pagamento.

L'importo dell'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato, *senza tassa* nel Conto Corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. 5.

SOMMARIO

LEZIONI

CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA

La critica all'eziopatogenesi di sensibilizzazione nell'appendicite.

Lezione del 24-III-1943

Prof. G. BAGGIO

Vi ho esposto nelle ultime lezioni — traendone partito da relativi malati — le nostre concezioni sull'origine sensibilizzativa dell'appendicite, dell'ulcera gastrica e di altre malattie addominali.

Ricorderete il timore che più volte vi ho manifestato di turbare vostre nozioni già acquisite senza riescire a sostituirle completamente. E ricorderete pure il precetto più volte espresso che tutto ciò che sia raccolta e valutazione di elemento nuovo debba essere sottoposto al vaglio più accurato.

Dopo le nostre affermazioni dovremmo farne ora la voluta critica: in altre parole dovremmo fare a noi stessi l'advocatus diaboli.

Ma non occorre che lo facciamo noi, si presta egregiamente a quest'impresa una pubblicazione di questi giorni del Dr. Angeli, direttore della Divisione Chirurgica dell'Ospedale Civile di Prato, che ha per titolo :« Considerazioni sulla etiopatogenesi dell'appendicite », Pol. Prat. N. 11. La pubblicazione è divisa in 3 parti; una riguarda « il concetto eziopatogenetico classico », un'altra « le idee del Sanarelli », la terza « Le idee del Baggio ». Seguiamolo in questa.

L'A. vi fa commenti, emette giudizi, pone domande. Queste sono — allo scopo nostro — da considerare per prime.

1) L'A. domanda se gastrite cronica, colite membranosa, diverticolite debbano essere spiegate sempre con lo stesso meccanismo di sensibilizzazione.

Noi rispondiamo di sì, e fra noi l'abbiamo detto, comprendendo chiaramente nella nostra esposizione, dopo l'appendicite, anche l'ulcera gastrica; ma io l'ho già scritto da tempo e cioè fin dalla prima pubblicazione del 1935 per ciò che riguarda comunanza di meccanismo di origine, fin dal 1936 (Soc. Piem. di Ch.) per ciò che riguarda meccanismo di sen-

sibilizzazione eliminatoria, e ne ho fatto un particolare capitolo nei « sei anni di contributi scientifici dalla Clinica di Pisa, 1941-XIX ».

2) L'A. domanda:

« Come mai una malattia così grave e frequente... possa avere il suo movente causale in un elemento così indeterminato e non più precisamente enunciabile: « un perturbamento nella essenza dei liquidi digerenti contenuti nel canale gastro-intestinale ».

Quali sono i fattori che conducono a questi perturbamenti... E di quale perturbamento si intende parlare quando si dice « quantità o qualità o mescolanza? ».

In altri termini egli ci chiede che cosa si intenda per « dispepsia » e ciò non può avere una risposta determinata, mentre abbiamo detto nella nostra esposizione che intendiamo benissimo l'azione perturbativa che può esercitare sulla digestione la composizione di un succo gastrico diversa dal normale o la deficienza di esso o il fatto che la bile (ad es.) si immetta nel duodeno più tardi del necessario. Per quanto riguarda i fattori di questi perturbamenti, mi sono espresso in « Athena » 1939 dove ho pure esposto il concetto di formazione e di azione delle sostanze sensibilizzanti. Fra noi questi elementi furono richiamati ed analizzati.

3) Una domanda un po' curiosa è quella che riguarda:

« La dimostrazione che le tossine batteriche si comportano rispetto ai tessuti intestinali in modo del tutto opposto alle tossine microbiche e conducono anzichè ad una assuefazione, ad una maggiore fragilità e aggredibilità locale ».

Domanda curiosa perchè investe l'origine stessa della nozione di anafilassi, la quale si affermò sul fatto che Richet iniettando in cani estratto di attinie medusa, invece dell'assuefazione constatò ipersensibilità, cioè una modalità di reazione diversa da quella dell'immunità.

4) L'A. desidera poi sapere:

« quali sono le prove fornite dal Baggio circa la realtà della genesi anafilattica dell'appendicite », al quale riguardo rispondo che mi paiono assai significative le alterazioni anatomiche dell'appendicite; e riferendosi ai nostri reperti sulla proteosi urinaria di Oriel, scrivo che *io non uso operare i miei appendicitici* e chiede come io « faccio a stabilire (senza tema di errore) se i (miei) pazienti siano affetti da infiltrazione appendicolare o da perforazione. E in base a quali constatazioni o dimostrazioni abbia chiarita la (mia) ipotesi del mancato passaggio dall'una all'altra forma ».

Ora, questo scrivere che « io non uso operare i miei appendicitici » altera non poco la situazione, perchè Voi ricorderete come io Vi abbia detto che in materia di appendicite, mentre non si deve eseguire la cura operatoria in fase acuta, in periodi di freddamento si deve fare invece il possibile per compiere la vera cura profilattica dell'appendicite cioè si deve asportare l'organo ogni qualvolta sia possibile farlo in quelle condizioni di essa che non espongono a pericoli; e nel Pol. Prat. 1941 è scritto « A freddo l'operazione che sia eseguita lege artis diventa innocua ed è doverosa per non lasciare il malato al ripetersi di un pericolo mortale ».

All'operazione a freddo gli esiti della peritonite suppurativa si riconoscono benissimo alle aderenze tenaci che nulla hanno a che vedere con le aderenze lasse periviscerali da infiltrazione, quindi la varietà di forma anatomica dell'appendicite è stabilita da noi tassativamente, assai meglio che all'operazione di urgenza alla quale si può bene interpretare per essudazione purulenta ciò che non lo è.

Viceversa non affermiamo mai la varietà di forma al solo esame clinico perchè non è possibile, e per questo trattiamo l'appendicite sempre come se fosse perforativa.

Quanto poi al mancato passaggio da una forma all'altra, lo abbiamo desunto dalla precocità della perforazione riscontrata a caldo da noi prima di ora e riscontrata nei pezzi anatomici che provenivano da operazioni eseguite nella stessa Clinica di Pisa da predecessori ed eseguite anche altrove. Ma, per passaggio da una forma all'altra, a proposito del quale l'Angeli scrive:

« Mi sembra chiaro in base a ciò che, se studiamo intimamente il complesso fenomeno di Arthus e se ammettessimo che ad esso deve riferirsi la patogenesi dell'appendicite, nulla ci vieterebbe di pensare che una appendicite infiltrativa potesse passare anche, a un dato momento, allo stadio perforativo ».

Voi avete sempre bene inteso come io abbia sempre parlato (e sempre scritto) di passaggio da una forma all'altra durante lo stesso « attacco », mentre invece, più che essere naturale, è stato più volte da noi stessi constatato come l'appendicitico infiltrativo possa in altro momento della sua vita diventare appendicitico perforativo.

5) Mi si attribuiscono poi nello scritto che seguiamo affermazioni che io non so come si possano nemmen concepire.

L'appendicite perforativa sarebbe secondo me « uno sfacelo locale in dipendenza del passaggio delle stesse tossine, passaggio però che si ripete attraverso la parete appendicolare, con moto di andare e venire, fino al fenomeno perforativo ».

Ora io spero che tale ricostruzione della perforazione « a sega » in base alle parole mie Voi non l'abbiate formulata mai.

6) Lo stesso è della concezione attribuitami in argomento di eliminazione, del quale è scritto che: questi stessi liquidi alterati verrebbero « assorbiti dal canale digerente e portati in circolo prendendo poi la via eliminatoria del canale stesso e raggiungendolo da tergo ».

I « liquidi » non le sostanze da essi prodotte!

7) E dove si legge che: « in più non si vede cosa possa aggiungere la dimostrazione che il tubo gastro enterico può essere sede di origine di sostanze sensibilizzanti anche per la appendice. Un'allergia gastro-intestinale è ormai ammessa da tutti e in tal senso sono stati studiati casi di gastrite, di ulcera gastrica, di enteriti ».

Voi comprenderete bene quale differenza passi fra l'attribuire una manifestazione gastroenterica ad un fenomeno anafilattico e l'interpretare questa manifestazione come la conseguenza di un processo sensibilizzativo endogeno di origine dispeptica quale io vi ho spiegato.

Tralascio qualche altro particolare di questo genere, meno precisato dei precedenti e meno utile allo scopo nostro e passo ad un altro gruppo di rilievi che ritengo particolarmente interessanti in quanto che vertono sulla teoria infettiva dell'appendicite.

L'A. richiama giustamente a base delle concezioni nostre i due postulati: che « la teoria batterica dell'appendicite contrasta e ai reperti batteriologici e ai reperti operatorii »' e che « il costante controllo operatorio dimostra invece che nessuna appendicite decorre con peritonite suppurativa ove l'appendice non sia perforata ».

Ma: del primo si sbarazza scrivendo che non esistono l'appendicite acuta mucosa e quella flemmonosa (che io ho richiamato a scopo di completezza) e che « esiste solo l'appendicite acuta semplice, dalla quale va solo distinta la appendicite perforata »; ma cosa sia « l'appendicite acuta semplice » non dice. E per quanto riguarda la perforazione ci fa sapere che essa è ormai cosa notoria .

« Nè si intende quale valore di conferma possa dare alla prima affermazione la seconda, che cioè nessuna appendicite decorre con peritonite suppurativa ove l'appendice non sia perforata.

« È vero che nel concetto classico si ammetteva che piccoli ascessi parietali dell'appendice potessero aprirsi verso la sierosa lasciando integra la mucosa così da farne derivare una peritonite settica senza perforazione. Ma tale concetto è stato pian piano messo da parte e riconosciuto errato tanto che, anche se a tale proposito poco si trova scritto, la gran maggioranza dei chirurghi si è resa conto che la peritonite settica è sempre la conseguenza di un'appendicite perforativa. Per conto mio questa nozione era da tempo acquisita tanto che, quando in un caso credetti di trovare una eccezione a questa regola, mi affrettai a farne l'oggetto di una breve nota illustrativa. (Riv. It. di Chir. e Terap., 1930).

Per la storia: egli che nel '30 s'era affrettato a illustrare tale eccezione, nel '37, interloquendo alla mia comunicazione alla Società Tosco-Umbra di Chirurgia mi chiedeva « come si possono interpretare, con la teoria meccanico-digestiva i casi di peritonite purulenta da appendicite acuta non perforativa ». L'eccezione (che si intende confermi la regola) del 1930 era diventata nel 1937 « i casi »; e la suddetta eccezione la presentava nel modo seguente:

« Ho avuto occasione di pubblicare uno di questi casi e di dimostrare come in esso il processo appendicitico avesse dato luogo a piccoli ascessi lungo il decorso dei linfatici del mesenteriolo ».

L'interesse del caso che nel 1930 aveva fatto segnalare l'eccezione di una peritonite da appendicite senza perforazione, nel 1937 consisteva invece nel far sapere che i piccoli ascessi si erano formati lungo il decorso dei linfatici. E aggiungeva (nel 1937) « inoltre ho in corso di pubblicazione un contributo pratico su 800 casi operati di appendicite con una forte percentuale di forme acute (circa 500), perforate o no, negli stadi i più svariati ».

« Negli stadi i più svariati » quindi anche *con peritonite.*

D'altra parte andiamo a leggere i trattati (pigliamo l'Aschoff italiano del 1930) vi troviamo, come sentite, i sorpassati « ascessi parietali » e altrettanto leggete nell'Uffreduzzi (che lo segue) del 1937.

Ma voglio leggervi la risposta del Consiglio Nazionale delle Ricerche al quale mi rivolsi per chiedere che fosse « controllato da Scienziati italiani se è vero o no quanto io ho affermato: che cioè un'appendice non dà luogo

a peritonite suppurativa se non è perforata »; esso in data 5 luglio 1940 mi rispondeva:

« I professori... concordemente ritengono che, se quando vi è peritonite suppurativa di origine appendicolare, in prevalenza esiste una appendice perforata, vi sono anche dei casi nei quali come si deduce dalle cognizioni di anatomia patologica esposte nella discussione e dalle osservazioni cliniche operative riferite, esiste peritonite suppurativa di origine appendicolare senza una appendice perforata.

Il Prof. Alessandri osserva che a sua opinione personalmente non può negare che possa esistere una peritonite suppurativa di origine appendicolare da diffusione, ma che egli, dopo che è stata richiamata l'attenzione dal Baggio su questo argomento, ha sempre osservato l'esistenza di una perforazione ».

Quindi il fatto di cui « la gran maggioranza dei chirurghi si è resa conto che la peritonite settica è sempre la conseguenza di una appendicite perforativa », nel 1940 era riconosciuto soltanto da 1 fra 5 Professori di chirurgia o materie affini e lo era soltanto da che vi avevo richiamato l'attenzione io.

E Sante Ciancarelli pubblica uno studio clinico statistico eseguito nel I° Padiglione del Policlinico a Roma, dal titolo: « Appendicite infiltrativa e appendicite perforativa », nel quale è scritto:

« Risulterebbe chiaro che le peritoniti circoscritte e diffuse sono sempre sostenute da una appendicite acuta cangrenata o perforata, confermando l'asserzione del Baggio, che la peritonite deriva sempre da un'appendicite perforativa ».

L'asserzione di tale rapporto è dunque mia e la conferma di essa porta la data del 1942.

Ma io accetto ben volentieri la dichiarazione di Angeli che la perforazione è ormai fatto riconosciuto, perchè mi dà modo di riconoscere a mia volta che le nostre affermazioni hanno fatto strada, soltanto domando: ma che rimane allora più dell'*appendicite flemmonosa?* Se al flemmone si toglie la proprietà di *diffondersi in continuità* di tessuti, che rimane più di esso? E cosa depone per la proprietà di diffondersi del flemmone appendicolare se la peritonite è sempre e soltanto una peritonite da perforazione? D'altra parte: che rimane più di infettivo nell'appendicite se togliamo l'appendicite flemmonosa?

Rimane questo, secondo Angeli:

« ... i germi non si esaltano abitualmente entro il lume appendicolare: essi si esaltano invece nel tessuto linfatico della sottomucosa. Essi non cominciano la loro opera distruttiva, come vuole l'Aschoff, dal lume dell'appendice sull'epitelio di rivestimento, essi l'incominciano invece dallo spessore dei follicoli linfatici e agiscono in modo vario sui tessuti e sugli organi, prevalentemente con le loro tossine.

E credo bene anche precisare che a volte i germi possono giungere all'appendice già in stato di esaltazione patogena, da focolai lontani di infiammazione, nel corso di malattie infettive; ed è appunto fra questi casi che noi possiamo trovare le forme così dette ipertossiche, nelle quali nella localizzazione appendicolare prevale lo stato settico tossico generale.

Sembra che così intesa l'infezione appendicolare possa assai bene spiegare la varietà dei quadri anatomo-patologici e quella delle sindromi cliniche, quadri improntati ad un polimorfismo che deve essere messo in rapporto con la varietà dei germi e della loro virulenza e con le condizioni variabilissime, locali e generali, del terreno organico ».

Francamente: le sorpassate nozioni eziopatogenetiche e anatomo-patologiche dell'appendicite non rispondevano alle esigenze della clinica,: ma avevano almeno una consistenza di pensiero. In questo che ci espone Angeli io non trovo invece consistenza alcuna. Ognuno può interpretare l'appendicite a modo suo.

A ricordare il vecchio concetto infettivo, in tutto lo scritto di Angeli non si trovano che le righe seguenti:

« Trascuriamo per ora il pus che possa infiltrare la parete appendicolare e richiamiamoci ai reperti di vero empiema appendicolare, ove all'intervento si mette in luce una appendice ripiena di pus, il che a ogni esperto chirurgo è capitato più di una volta (non parlo di liquido mucoso torbido »).

Se però egli osserva o fa osservare quel pus al microscopio, troverà che non è che sostanza di disfacimento.

Ma il diavolo non si tiene nascosto a lungo; egli suole confessarsi ridendo, e così fa anche il suo avvocato.

Angeli ha cominciato la parte del suo articolo che mi riguarda con queste parole:

« Per chiarire il suo indirizzo di fronte alla teoria infettiva classica dell'appendicite, il Baggio ha dichiarato di voler abbattere la « vecchia casa » per « costruirne un'altra del tutto nuova ».

Ora, di questa espressione « abbattere la vecchia » io non ho ricordo esatto, ma non voglio fidarmi della memoria per contestare

oltre il necessario. Ciò che nego è che io abbia detto o scritto di « voler » fare questo. E Voi capite la differenza; perchè si può abbattere ad es. una casa che pericola e si può invece abbattere una casa che non piace. Escludo assolutamente di essermi espresso nel senso di *voler abbattere* perchè ciò contrasta alla mia mentalità, e me ne darete atto Voi ricordando che abbiamo intrapreso a parlare della etiologia e patogenesi dell'appendicite a proposito di un tipico peritonitico da appendicite curato della peritonite al modo che sapete e che attende ora di essere appendicectomizzato, davanti al quale domandammo come mai l'avessimo guarito (della peritonite) conservativamente mentre si crede dai più che la cura di tali casi non possa consistere che nell'operazione precoce.

Per ciò che riguarda lui, Angeli scrive invece:

« Siamo d'accordo che va modificato il concetto patogenetico dell'appendicite acuta, ma vediamo di conservare ad essa la eziologia infettiva ».

Dunque: egli non ha fatto *un'analisi* delle mie « idee », le ha invece *contestate* col proposito di « conservare (all'appendicite) la eziologia infettiva ».

E quale ne fu il risultato?

Questo: che, mentre io, assolutamente non determinato da partito preso, ho demolito della « vecchia casa » veramente tutto, perchè a giudicare da quanto ci presenta ancora Angeli non rimane assolutamente nulla: egli, che voleva conservare, non ha conservato che un errore di interpretazione.

Morale. La Scuola di Clinica non consiste nel propinare la nozione a chi non la posseggа: consiste nell'insegnare a imparare, cioè a studiare. Usciti di qui avrete davanti a Voi il grande libro della vita, coi fatti nuovi nei quali Vi imbatterete, con le nuove concezioni che da altri udrete. La lezione di oggi — oltre che a confermare quanto abbiamo detto nelle lezioni precedenti — deve servire a insegnarVi anche questo:

Nei Vostri giudizi siate sempre obiettivi, siate onesti. Abituatevi cioè a valutare senza preconcetti fatti ed opinioni che raccoglierete coi Vostri sensi onestamente adoperati. Attenendovi a questa regola, se pure commetterete errori, si tratterà sempre di errori limitati che facilmente correggerete da Voi stessi: derogando da essa... farete la fine dell'advocatus diaboli.

*

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA
E METODOLOGIA CLINICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: sen. prof. NICOLA PENDE.

Nuovi casi di criptorchidismo e di amenorrea curati col metodo Pende della roentgenterapia del timo.

Dott. GIULIO ANTONIO CALABRESE.
Direttore del reparto radiologico e fisioterap.

Benchè, ormai da qualche anno, si siano moltiplicati i lavori della nostra Scuola sulla sindrome ipertimica di Pende e sulla sua cura, con grande disappunto, noi vediamo ancora sovente, che molti colleghi e purtroppo anche molti pediatri non hanno ancora riconosciuta questa entità morbosa nè apprezzano la terapia indicata dal nostro Maestro. Riteniamo quindi utile e doveroso insistere riportando una breve casistica di altri 10 casi di ipertimici ipogenitali e criptorchidi che sono nettamente guariti in breve tempo con l'irradiazione del timo.

Una volta di più ricordiamo che nella grandissima maggioranza dei casi è completamente inutile rivolgersi alla radiografia per stabilire l'esistenza di un timo ipertrofico. La nostra esperienza su centinaia di soggetti dimostra all'evidenza la inutilità di una simile ricerca che, presa alla lettera, quando dia risultato negativo, svierebbe completamente la diagnosi e la terapia. La diagnosi deve essere basata sul quadro somatico e psichico del fanciullo ipertimico così chiaramente, precisamente, esaurientemente descritto e fissato dal nostro Maestro.

La facies angelica, asessuata, la grandezza anormale degli incisivi superiori, la mancanza delle forme caratteristiche maschili o femminili del corpo anch'esso assessuato come la faccia, l'accumulo di grasso al petto all'addome e alle natiche, il ginocchio valgo, l'abito pastoso della cute, la diatesi essudatoria, il criptorchidismo o rispettivamente l'amenorrea, la psiche infantile, cobinata di soilto, con macrosomia sono il quadro caratteristico della sindrome ipertimica di Pende inequivocabile quando è completa.

Richiamiamo l'attenzione dei colleghi su casi di criptorchidismo abbastanza frequenti in soggetti che non presentano vera macrosomia e che hanno soltanto un modico accenno di quella disposizione caratteristica dei lobuli di grasso già descritta. Come sempre, non

tutti i soggetti che presentano una sindrome, mostrano insieme anche tutti i segni della sindrome stessa.

La ricerca semeiologica dell'ipertimismo deve esser fatta con la percussione trafiggente che svela una ottusità timica maggiore della norma dove i raggi X, per la tenuità del tessuto in esame, non riescono a dimostrarlo.

Riferiamo ora nudamente e crudamente i seguenti 10 casi da noi trattati lasciando al lettore ogni conclusione.

CASO I. — L. S. Francesco, anni 11 ½. Criptorchide destro, iniziata la radioterapia il 3 aprile 1942; perduto di vista e quindi non incluso nella lista dei 624 casi presentati a Firenze. Rivisto guarito nel dicembre 1943.

CASO II. — B. Gino, anni 9. Iniziato il 3 agosto 1942, alla fine del 2° ciclo descensus completo.

CASO III. — C. Mario, anni 8 ½. Criptorchide bilaterale; iniziato il 18 febbraio 1942; perduto di vista e quindi non incluso nella lista già detta. Riveduto nel gennaio 1943. Descensus completo da più di 6 mesi.

CASO IV. — C. Romolo, anni 7 ½; criptorchide sinistro. Iniziata la cura il 15 gennaio 1943, alla fine del 1° ciclo descensus.

CASO V. — F. Giancarlo, anni 7; classico ipertimico, criptorchide destro. Iniziata la cura il 25 novembre 1942, rivisto guarito il 10 gennaio 1943.

CASO VI. — G. Giorgio, anni 9; ipertimico magro. Iniziata la cura il 19 gennaio 1942; perduto di vista; rivisto guarito nel gennaio 1943. Il descensus era avvenuto tre mesi dopo l'inizio della cura.

CASO VII. — G. Carlo, anni 8; testicoli in ascensore. Iniziato il 14 dicembre 1942, ai primi di febbraio 1943 i testicoli sono fissi nella borsa.

CASO VIII. — M. Marcello. Iniziata la cura il 18 febbraio 1942, ipertimico magro, criptorchide bilaterale. Perduto dopo il 1° ciclo. Rivisto nel gennaio 1943. I parenti non avevano ritenuto opportuno seguitare il trattamento perchè 7 giorni dopo la fine del 1° ciclo si era prodotto il descensus. Anche questo non era stato incluso nella lista.

CASO IX. — M. Gianfranco, anni 12; ipertimico magro; criptorchide sinistro. Iniziata la cura il 4 novembre 1942, guarito nel gennaio 1943.

CASO X. — G. Maria, anni 14; ipertimica classica. Altezza m. 1,68; valgismo qualche accenno di asma timico, mammelle mentite da accumuli di grasso con pochissimo tessuto glandolare. Iniziata la cura il 7 dicembre 1942, mestruazione il giorno dopo l'ultima applicazione del 2° ciclo. Scomparsa dell'asma timico. Fino ad oggi mestruazioni regolari, mentre incomincia la solita trasformazione e stabilizzazione del carattere.

Tutti questi casi sono stati trattati con la tecnica già scritta dei tre cicli di radioterapia sulla ragione timica di 4 applicazioni ciascuno eseguiti un giorno sì e uno nò con 20 giorni di riposo fra un ciclo e l'altro.

Tutti questi soggetti avevano precedentemente fatto lunghe cure, di estratti glandolari per iniezione e per bocca senza alcun risultato. In quasi tutti nel momento del trattamento radioterapico è stata ripresa la cura ormonica con estratti ipofisari, tiroidei o ovarici secondo i casi.

RIASSUNTO.

L'autore presenta altri 10 casi, 9 maschi criptorchidi e una femmina amenorroica, tutti ipertimici guariti colla X terapia del timo, questi casi non erano inclusi nelle precedenti pubblicazioni dell'autore, e dimostrano una volta di più l'elettività del metodo di cura.

STUDI RIASSUNTIVI

ISTITUTO D'IGIENE E MICROBIOLOGIA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Odierne conoscenze sulla epidemiologia e sulla profilassi delle Salmonellosi.

Dott. ROBERTO MACCOLINI, assistente, l. docente

L'introduzione dell'analisi ricettoriale nella tecnica microbiologica ha contribuito notevolmente ad approfondire le nostre conoscenze sulla composizione antigene, sulle proprietà colturali, sul potere patogeno, sulla ecologia e sull'importanza epidemiologica dei vari tipi di bacterio Salmonella, permettendo finalmente una classificazione omogenea di tutti i germi appartenenti a questo genere bacterico.

L'identificazione esatta dei bacteri del genere Salmonella, identificazione che oggi non può più essere eseguita senza l'ausilio dell'analisi ricettoriale, è il presupposto fondamentale di ogni ricerca epidemiologica. Infatti se questi germi possono sostenere affezioni enteriche in tutte le specie animali, è però risultato dalle numerose ricerche statistiche eseguite che le varie specie si incontrano con diversa frequenza nelle specie animali e nell'uomo, cosicchè i tipi sierologici e biochimici costituiscono anche dei tipi epidemiologici, incontrandosi, specie alcuni, quasi esclusivamente in determinati animali.

Così ad esempio il paratifo B, pur essendo stato segnalato anche nel bovino ed in altre specie di animali, è da ritenersi un parassita specifico della specie umana.

Altrettanto si può dire per il paratifo A.

Nel gruppo gaertner, mentre i tipi kiel e rostok sono tipicamente bovini il tipo essen è reperibile quasi esclusivamente nelle oche e nelle anitre.

Nel gruppo dei paratifi C, i tipi suipestifer hanno come ospite abituale il maiale.

Nel gruppo dei breslavia, germi che possono parassitare quasi tutte le specie animali, pur riscontrandosi con maggior frequenza nei volatili acquatici, nei piccioni e negli uccelli selvatici, l'analisi ricettoriale non aveva permesso, salvo in pochi casi (varietà Copenhagen, propria del piccione), di giungere a tipi epidemiologici. Per mezzo di criteri biochimici Hohn ed Hermann (1935) sono giunti invece a raggruppare questi germi in gruppi corrispondenti ai loro caratteri epidemiologici.

La frequenza con la quale i diversi tipi incidono sulla patologia dell'uomo, varia poi notevolmente da regione a regione, in rapporto evidente con la quantità e la qualità della popolazione animale e con le diverse abitudini igieniche ed alimentari dei popoli.

Vaste e sistematiche ricerche eseguite ormai in quasi tutti i paesi del mondo: Italia (Giovanardi e Mondolfo, 1936; Ubertini e Strozzi, 1936; Spanedda, 1939; Maccolini, 1941, ecc.) - Germania,: (Boecker, 1934; Seligmann e Clauberg, 1931; Kemkes e Steiger, 1937; Habs, 1935, ecc.) - Inghilterra, (Sawage e White, 1935; Smith, 1933-34, ecc.) - Finlandia (Hiwisalo, 1935) - Jugoslavia (Cernobuzov, Filipovice Stavel, 1937) - Russia (Kulescha e Ivaschenzoff, 1923; Troitsky e Matusis, 1932) - Norvegia (Tesdal, 1937) - Danimarca (Kristensen e Bojlen, 1936) - negli Stati Uniti d'America (Kuttner, 1936;: Harwey,: 1937; Fuster, 1939, ecc.) - nell'America del Sud (Savino e Menendez, 1931; Hormaeche, Peluffo ed Aleppo, 1940), hanno messo in rilievo che la diffusione delle salmonelle non è però da considerarsi come una spiacevole prerogativa di certe Nazioni, ma riveste uno spiccato carattere di universalità.

Separati definitivamente questi microrganismi patogeni da altre specie vicine, in gran parte saprofitiche, le recenti ricerche microbiologiche hanno potuto inoltre mettere in evidenza che nelle Salmonellosi le uniche sorgenti di virus sono rappresentate dall'uomo e dall'animale infetti e che, contrariamente a quanto si riteneva in passato, i bacteri Salmonella non sono frequenti nell'ambiente esterno nè sono ospiti abituali del tubo digerente della maggior parte degli animali domestici.

Queste approfondite conoscenze hanno così contribuito grandemente a delimitare e ad illuminare il quadro epidemiologico delle Salmonellosi, che era falsato da grande numero di pregiudizi allorquando l'epidemiologia di queste infezioni era fondamentalmente basata sulla teoria dell'habitat ubiquitario di questi germi.

I caratteri epidemiologici dei paratifi parassiti specifici della specie umana ed agenti etiologici delle febbri paratifoidi, sono simili a quelli del bacillo di Eberth, molto studiati ed ormai ben noti.

Per quanto riguarda invece i bacteri Salmonella di origine animale, agenti etiologici delle gastroenteriti, lo studio epidemiologico, confortato da una sicura conoscenza batteriologica, ha accertato che la principale sorgente di infezione è rappresentata dagli animali, che l'infezione si trasmette quasi sempre all'uomo per mezzo degli alimenti provenienti da animali infetti (carne,uova, latte), che molto rara è invece la trasmissione per contatto dall'animale all'uomo e che rarissima è poi la trasmissione interumana.

Fra i vari animali, alcuni volatili da cortile, i suini ed i cavalli rappresentano focolai di infezione più pericolosi per l'uomo dei bovini. Infatti i tipi di Salmonella che più frequentemente ricorrono nelle tossinfezioni alimentari dell'uomo sono i tipi breslavia, seguiti nell'ordine di frequenza dalle Salmonelle del gruppo C. I batteri S. gärner, che sono quelli che più di frequente parassitano i grossi animali da macello, sostengono solo il 10-15 % circa dei casi di salmonellosi umana.

Talvolta l'alimento è inquinato alla sua origine, talvolta esso viene contaminato secondariamente ad opera dell'uomo o dell'animale (bovino, topo, ecc.) portatore o malato.

Per quanto riguarda l'infezione originale delle carni i batteri Salmonella possono invaderle o durante la vita degli animali oppure dopo la morte o la loro macellazione.

Date le caratteristiche enterotrope di questi germi si ritiene generalmente che nel corso delle enteriti animali l'infezione resti quasi sempre localizzata a livello dell'intestino, ma che tuttavia nei casi gravi i paratifi possono invadere l'organismo producendo una batteriemia con localizzazione metastatica ai vari organi. È ammesso poi che negli animali che vengono a morte in seguito a strapazzi, digiuni, sete, traumatismi, i paratifi possono nel periodo preagonico penetrare nel circolo ed arrivare così ai muscoli.

Lo studio epidemiologico di alcuni focolai di sarcotossinfezione aveva già da tempo dimostrato l'importanza della infezione intravitale delle carni.

Durante la celebre epidemia di Frankenhausen, Gärtner osservò un caso mortale di enterite in un paziente che aveva consumato una forte quantità di carne nello stesso giorno in cui era stata eseguita la macellazione d'urgenza della vacca infetta. Anche nell'epidemia

di Morseele, descritta da V. Ermenghen, la carne dei vitelli ammalati era stata consumata a poche ore di distanza dalla morte dei due animali. Altri casi di malattia ed episodi di sarcotossinfezione, nei quali per la brevità del tempo intercorso fra la macellazione ed il consumo della carne evidentemente i germi dovevano essere presenti nei muscoli durante la vita dell'animale, sono stati descritti in seguito ripetutamente.

Dimostrativi in questo senso sono pure i casi di isolamento di batteri Salmonella dal midollo osseo, dal sangue, dai muscoli, dagli organi interni, in animali infetti e la constatata presenza di ammassi di questi batteri nei capillari di carni infette, ammassi così voluminosi da ostruire talvolta completamente il lume dei vasi fino a distenderne le pareti.

L'esperienza di questi ultimi anni, attestante la frequenza degli avvelenamenti alimentari consecutivi al consumo di carne proveniente da animali macellati d'urgenza ha dimostrato poi in modo definitivo che, contrariamente a quanto si riteneva in passato, l'infezione delle carni è quasi sempre intravitale.

Negli avvelenamenti da carne occorsi in Germania nel periodo 1923-25, il 31 % di tutte le epidemie di sarcotossinfezione, il 48,1 % di tutti i casi di salmonellosi ed il 39,7 % di tutti i casi mortali si verificarono in seguito a macellazioni d'urgenza.

Ubertini e Strozzi (1936), sulla scorta di un considerevole numero di esami eseguiti a Brescia dal 1929, affermano di aver potuto isolare batteri paratifici nell'1,32 % circa dei campioni di carne esaminati provenienti da animali infortunati. Valenti (1934) in 302 ricerche eseguite nel macello di Milano su animali abbattuti perchè trovati malati all'ispezione, su animali giunti morti od uccisi d'urgenza e su carni provenienti da altri Comuni e riscontrate più o meno alterate alla visita di controllo, isolò nel 0,66 % dei casi germi del gruppo paratifico (1).

Fra i vari tipi di alimenti carnei quelli che più di frequente ricorrono nella storia dei focolai di sarcotossinfezione sono rappresentati dal pesto di carne e dagli insaccati.

In Germania, dove si fa grande uso di carne pesta fresca, Ostertag (1932) ricorda che nel corso di 6 anni più della metà di casi di malattia, : più di un terzo dei casi mortali e delle epidemie di sarcotossinfezione, furono causati da questo alimento. Secondo Kauffmann (9134) circa l'80 % dei casi di avvelenamento carneo sarebbero attribuibili al consumo di pesto di carne proveniente da animali macellati d'urgenza.

Anche nelle epidemie descritte in Italia molto spesso è stato dimostrato che l'origine dell'infezione doveva essere attribuita a consumo di carne di animali così macellati. Dato però lo scarso consumo che nelle nostre regioni si fa di carne pesta fresca il cibo che ricorre più di frequente come causa di malattia è rappresentato dalla carne insaccata (1).

Oltre alla carne anche il latte e le uova possono essere contaminati alla loro origine. Molto rari sono però nella letteratura i ricordi di vacche eliminatrici lattee di batteri paratifici e nel latte del commercio, anche se raccolto e conservato senza speciali cautele, non sono di regola contenuti batteri paratifici; è quindi opinione generale che questo alimento non rappresenti una sorgente di infezione molto frequente .

Più frequente è invece il caso di uova infette: le anitre, i tacchini, le oche, anche senza dar segno di malattia, possono deporre uova contenenti batteri Salmonella. In certi Paesi quindi, dove il consumo di queste uova fresche è largamente diffuso, non sono rari i casi di infezione originati da questo alimento.

Oltre che infettati all'origine carni, latte, ed uova come pure altri alimenti, fra cui l'acqua (2), possono poi essere contaminati in un secondo tempo ad opera di eliminatori umani od animali.

È specialmente durante le diverse manipolazioni a cui le carni vanno soggette prima di essere consumate, che esse possono essere contaminate; uno dei momenti in cui più facilmente si può verificare questa eventualità è rappresentato dalla macellazione, durante la quale, se le varie operazioni non sono esegui-

(1) L'esperienza eseguita in laboratori stranieri ed anche in qualche laboratorio italiano (Ubertini e Strozzi, 1936) ha dimostrato che nella macellazione d'urgenza la ricerca batteriologica costituisce un prezioso complemento dell'esame anatomo-patologico delle carni. Questa pratica, la quale oltre che per ragioni igieniche è raccomandabile anche per motivi di indole economica e sociale, è stata resa obbligatoria in qualcuna delle Nazioni all'avanguardia nel campo dell'ispezione delle carni.

(1) Il Regolamento sulla Vigilanza Sanitaria delle carni, in vigore in Italia, proibisce l'impiego di carni di bassa macelleria nella produzione delle carni insaccate, salate o comunque lavorate.

(2) Numerose volte sono stati segnalati isolamenti di bacteri Salmonella da raccolte di acqua frequentate da uccelli acquatici domestici o selvatici.

te razionalmente, è facile che si verifichi l'inquinamento ad opera del contenuto intestinale.

Anche le mosche ed i ratti, animali che sembrano ospitare abbastanza frequentemente batteri Salmonella, sono stati incriminati spesso come sorgente di contaminazione dei cibi.

Nessuno attribuisce oggi invece grande importanza alla contaminazione post-mortale delle carni di origine ambientale date le odierne cognizioni sulla frequenza dei batteri Salmonella nel mondo esterno, un tempo invece tenuta in grande considerazione.

La trasmissione delle Salmonelle dall'animale all'uomo, oltre che con il veicolo alimentare può avverire anche per contatto; questo tipo di trasmissione sembra si verifichi però solo raramente giacchè nella letteratura i casi segnalati non sono molto frequenti.

Lerche (1937) ricorda un episodio in cui due stallieri si infettarono di S. breslavia per contatto con urine provenienti da un cavallo eliminatore.

Wollenweber, Wustenberger e König (1937) descrissero una piccola epidemia da S. breslavia trasmessa per contatto con gatti infetti.

Anche la trasmissione per contatto interumano è molto rara.

Le epidemie da germi sarcotossici restano quasi sempre localizzate nello spazio e nel tempo; il focolaio di sarcotossinfezione rimane quasi sempre circonscritto fra le persone che consumarono lo stesso alimento e non si verificano dopo l'esplosione epidemica, almeno in linea generale, casi di malattia trasmessi da uomini ammalati o da portatori (1).

Le Salmonelle possiedono infatti in grado assai limitato la possibilità di dar luogo nell'uomo a prolungate eliminazioni giacchè, essendo abitualmente agenti patogeni di altre specie animali, per effetto della restrizione di habitat derivata da loro adattamento parassitario sono capaci solo in grado assai limitato di insediarsi nella specie umana meno ricettiva.

Kauffmann (1934), secondo cui i batteri dell'enterite potrebbero dare invece origine nell'uomo ad eliminazioni durevoli, analogamente a quanto si ritiene che la causa per cui non si verificano quasi mai trasmissioni di queste malattie da uomo ad uomo risieda non nella mancanza dei portatori, ma solo nello scarso potere infettante di questi microparassiti, non potendosi, secondo questo A., determinare alcuna tossinfezione se prima non è intervenuto un arricchimento nel mezzo alimentare.

Anche David (1934) sostiene che la maggior parte dei germi paratifici propri degli animali non possieda per l'uomo che un potere patogeno condizionato, non potendo provocare l'infezione nella nostra specie se non a dosi massive.

Queste ipotesi trovano in realtà riscontro in osservazioni eseguite in focolai di sarcotossinfezione, nei quali le carni degli animali malati, certamente infette da paratifi, furono impunemente consumate nei primi giorni e solo dopo qualche tempo divennero dannose; fatti questi che, a parte il sospetto di un inquinamento post-mortale, fecero pensare che le carni appena macellate contenessero pochi germi e che le intossicazioni avessero luogo dopo la avvenuta moltiplicazione dei microparassiti.

Altro argomento suffragante l'ipotesi che le carni contenenti un piccolo numero di germi possano essere consumate senza danno, è dato dal fatto che si è visto che in generale, più del tessuto muscolare riescono tossici quegli organi degli animali infetti che, come ad esempio il fegato, contengono microparassiti in maggior copia.

Le carni, il latte, le uova ed altri alimenti rappresentano infatti per le Salmonelle substrati nutritivi favorevoli allo sviluppo ed alla moltiplicazione.

I batteri paratifici seminati su carne fresca, hanno facoltà di invaderla abbastanza rapidamente sia in superficie che in profondità.

Il latte di vacca non esercita alcun potere microbicida verso questi batteri anche nelle condizioni più favorevoli al manifestarsi di questa proprietà.

Questi germi si moltiplicano molto bene a temperatura ambiente anche nel giallo d'uovo e l'albumina non esercita sopra di essi una azione batteriostatica tale da impedire il passaggio dal guscio al tuorlo. Il bagno in acqua di calce sembra agevolare questo passaggio.

Il cloruro di sodio, nella quantità che si suole aggiungere alle carni a scopo di conservazione, sembra non esercitare sui batteri paratifici una azione ostacolante. Secondo Weichel (1910) questo sale, neppure se aggiunto ai mezzi nutritivi nella quantità del 15-25 %, impedisce la moltiplicazione dei paratifi. Cambosu (1938) ha trovato che nelle carni infette e poi tenute in soluzione salina

(1) Alcuni casi di trasmissione interumana di batteri dell'enterite sono noti; essi costituiscono però delle rarità. Il più dimostrativo, a quanto ci consta, è quello descritto da Homering (1933), il quale osservò una epidemia famigliare da S. Breslavia originata dal consumo di cotolette di maiale, in cui due casi, uno dei quali insorto in un bambino di 5 mesi, riguardavano infezioni con ogni probabilità contratte per contatto.

i germi resistono lungo tempo, mentre nelle carni salate ed in un secondo tempo inquinate, i germi scompaiono solo dopo 70 giorni.

Neppure l'affumicazione è sufficiente per sterilizzare la carne infetta da paratifi; nella letteratura sono registrate infatti epidemie originate dal consumo di carni così trattate.

Ciò spiega come anche in seguito ad una contaminazione paucibacillare, le Salmonelle possano in questi substrati moltiplicarsi ed elaborare una grande quantità di tossina, specialmente quando la temperatura dell'ambiente, come avviene nei mesi estivi, in cui più frequentemente si verificano le sarcotossinfezioni, non si discosti troppo da quella che per essi costituisce l'optimum.

È ovvia poi l'importanza della quantità di tossina presente nell'alimento nei riguardi dell'insorgenza e dell'entità delle manifestazioni morbose. Secondo Manzini infatti le tossine elaborate dai paratifi nelle carni da macello, lederebbero l'epitelio del canale gastroenterico, facilitando l'entrata in circolo dei microparassiti e diminuirebbero con un complesso meccanismo il potere di resistenza dell'ospite favorendo l'insorgenza della malattia.

Non è ancora esattamente noto però se le tossine paratifiche possano da sole causare fenomeni di intossicazione.

Fino ad oggi non è mai stato possibile mettere in evidenza la produzione da parte dei batteri paratifici di una vera esotossina; essi devono essere quindi considerati dei germi endotossici.

D'altra parte l'antigene glucido-lipidico, antigene termostabile che rappresenta il costituente principale della endotossina delle forme liscie, riesce scarsamente tossico qualora venga introdotto per via orale negli animali da esperimento. È probabile quindi che per ottenere manifestazioni morbose a carattere esclusivamente tossico anche nell'uomo sia necessaria l'introduzione di una grande quantità di endotossina, quale difficilmente può essere contenuta in un alimento, anche se i batteri Salmonella vi si siano sviluppati rigogliosamente.

In numerose epidemie come in quelle molto note di Frankenhausen, di Altkloster, in quella di Monticelli Brusati ed in parecchi altri episodi si osservò che solo le persone che avevano consumato carne crude o poco cotta ammalarono mentre non ammalarono coloro che avevano mangiato la carne ben cotta.

Abbastanza frequentemente ricorrono nella letteratura episodi di sarcotossinfezione originati da carne arrostite od in altro modo cotte; è però da tener presente che con la cottura ordinaria molto spesso non si raggiungono nell'interno dei cibi temperatura sufficiente per ottenere l'uccisione dei batteri Salmonella (1).

Queste conoscenze contribuiscono a dimostrare che, contrariamente a quanto si riteneva in passato, non si può oggi più parlare di intossicazione da tossine paratifiche; il fattore tossico agisce solo in quanto favorisce l'insediarsi del processo infettivo ed aggrava la sintomatologia morbosa.

L'insorgenza delle tossinfezioni nell'uomo è quindi favorita dal fatto che i batteri Salmonella crescono bene nella carne, nel latte e nelle uova, non modificando in questi terreni la loro virulenza e la loro tossicità.

L'insieme di queste conoscenze giustifica l'ipotesi secondo la quale nel meccanismo epidemiologico delle tossinfezioni è da porre in primo piano l'arricchimento che le Salmonelle subiscono quando vengono a trovarsi in un alimento ed in condizioni favorevoli al loro sviluppo.

Questi batteri possiedono per l'uomo un potere patogeno condizionato, non potendo produrre fenomeni morbosi se non quando vengono introdotti a dosi massive, dopo cioè essersi moltiplicati in qualche substrato favorevole ed in condizioni ambientali idonee al loro sviluppo.

La trasmissione per contatto interumano si verifica eccezionalmente sia perchè i portatori umani sono abbastanza rari, sia perchè le dosi infettanti provenienti dagli eliminatori non sono forse sufficienti a dar origine nell'uomo sano all'insediarsi del processo morboso.

La profilassi verso le Salmonelle specifiche per la specie umana verte sui medesimi principi della profilassi contro il tifo addominale.

La profilassi delle enteriti paratifiche invece è basata esclusivamente sull'igiene delle stalle e degli allevamenti, sull'igiene del macello e della macellazione e specialmente sull'ispezione delle carni.

L'esame batteriologico delle carni degli animali macellati d'urgenza e delle carni sospet-

(1) Vallin ha osservato infatti che nelle carni arrostite la temperatura centrale raggiunge appena i 45-50 %, nei prosciutti di 5 Kgr. non si raggiungono i 60° dopo tre ore di cottura; un pezzo di carne di 3 Kgr. nella prima ora di bollitura non arriva a 50° ed occorrono 4 ore prima di raggiungere la temperatura di 90°-100°. La preparazione di un roastbeaf non richiede che una temperatura di 50°-60°, quella di un arrosto di montone di 48°-56°; questi cibi possono quindi contenere anche dopo la cottura dei paratifi vivi.

V. Ermengen, Eckersdorf, Rimpau ed altri AA. poterono isolare dalle parti centrali di carni cotte, che avevano causato episodi di avvelenamento alimentare, batteri paratifici.

te costituisce indubbiamente un importante ausilio per l'ispettore, giacchè, come abbiamo visto, sono queste le carni alle quali più frequentemente è da attribuire la causa dell'insorgenza della sarcotossinfezione.

Il pericolo del consumo di uova di anitra fresche ha per noi solo una importanza relativa, giacchè l'uso di questo alimento nel nostro paese è molto limitato. Comunque se anche l'uso di questo alimento non vuole essere proibito, come può essere consigliato specie in certe regioni, basta che il medico igienista conosca e faccia conoscere il pericolo che il consumo di tali uova può rappresentare qualora esse vengano consumate fresche o insufficentemente cotte.

Il latte solo raramente può essere veicolo di trasmissione delle salmonellosi anche perchè nelle mucche affette da forme paratifiche la produzione lattea di regola diminuisce notevolmente fino anche a scomparire. Il controllo sanitario degli animali lattiferi, l'igiene della stalla e della mungitura, la pasteurizzazione o la bollitura del latte costituiscono i mezzi di profilassi contro le salmonellosi che eventualmente potessero essere diffuse per tale mezzo.

RIASSUNTO.

L'autore riassume gli studi eseguiti in Italia ed all'estero sulla diffusione in natura dei bacteri Salmonella.

Si occupa poi della epidemiologia delle Salmonelle enterotrope e trae considerazioni ai fini di una utile profilassi di queste Salmonellosi.

BIBLIOGRAFIA

MACCOLINI R. (1942). *L'importanza patogenetica ed epidemiologica delle diverse specie e varietà di batteri del gruppo delle Salmonelle*, in Giorn. di Batt. e Immun., n. 4, vol. XXVII.

SUNTI E RASSEGNE

VITAMINE - ALIMENTAZIONE.

Quando e come si devono prescrivere le vitamine?

(G. BICKEL. *Praxis*, 17 e 23 dicembre 1942).

In una conferenza, l'A. rileva che non c'è malattia per la quale non sia stata consigliata una cura vitaminica. L'A. prende in considerazione solo le malattie in cui la terapia vitaminica ha veramente successo.

Sul principio degli studi sulle vitamine il problema appariva molto semplice, perchè le ipovitaminosi si ritenevano unicamente di origine esogena. Ma poi si è visto che esse rappresentano gli anelli di una catena della quale fanno parte vitamine, ormoni e fermenti. Man mano che gli studi procedono vanno scomparendo le barriere fra ormoni e vitamine. Così, per esempio, l'acido ascorbico, che è una vitamina per l'uomo e per la cavia, diventa un ormone per il ratto e per il topo, i quali sono capaci di farne la sintesi. A rendere più stretti i rapporti fra vitamine e ormoni sono comparsi poi i lavori dei chimici che hanno dimostrato l'analogia chimica che hanno fra loro. Per esempio, il colesterolo, gli ormoni genitali maschili e femminili, l'ormone corticosurrenale e la vitamina D derivano da un medesimo nucleo organico, il ciclopentanoperidrofenantrene.

Le grandi avitaminosi (xeroftalmia, beriberi, pellagra, rachitismo) sono diventati rari. Esse sono di diagnosi relativamente facile e sicuramente guariscono colla terapia vitaminica.

Le ipovitaminosi invece sono di diagnosi più difficile, per cui è bene intrattenersi su di esse.

Le ipovitaminosi non dànno mai sindromi acute. Si manifestano subdolamente con disturbi che durano settimane, mesi e anni. Si comprende quindi come sia facile incontrare difficoltà diagnostiche.

Nel campo delle ipovitaminosi si è giunti a generalizzazioni abusive fino a ritenere di origine ipovitaminosica le deficienze costituzionali fisiche e psichiche, le nevrosi, le nevrastenie, le dermatosi, l'asma e numerose altre sindromi allergiche. Con questi concetti si sono prescritte cure preventive vitaminiche non solo a tutti i malati, ma anche ai debilitati, ai bambini delle scuole, agli operai delle fabbriche.

Ci sono dei casi in cui l'ipovitaminosi si manifesta pur non essendo scarsa in vitamine l'alimentazione. Ci sono quindi altre cause di ipovitaminose: l'aumentato bisogno di vitamine da parte dell'organismo, il difetto di assorbimento intestinale, le anomalie nell'utilizza-

zione delle vitamine, la distruzione o l'eliminazione esagerata delle vitamine stesse.

In caso di deficienza alimentare, basta una anamnesi accurata per accertarsene. E' bene anche evitare le prescrizioni alimentari che possano condurre a carenza vitaminica. Negli epatici, per esempio, può essere dannosa la soppressione completa di uova, burro e altri grassi, perchè si aboliscono così le vitamine liposolubili. Così pure la dieta stretta dei nefritici può dare carenza di vitamina B_1 e quella degli ulcerosi di vitamina C.

Il bisogno di vitamina è molto aumentato nel poppante, nel bambino, nella donna gravida e che allatta e in chi pratica esercizi fisici violenti.

Le ipovitaminosi da deficienza di assorbimento intestinale sono più numerose delle precedenti. Già normalmente alcune vitamine non sono assorbite completamente. Per esempio la vitamina A è assorbita in proporzione solo del 10 % della quantità ingerita e segue le sorti dei lipidi ai quali è legata. In condizioni patologiche, e principalmente nell'ittero, l'assorbimento diminuisce ancora di più. Anche la vitamina D e la K sono legate, per il loro assorbimento, al buon afflusso di bile nell'intestino.

L'acido ascorbico può essere distrutto dall'ipocloridria o dall'anacloridria gastrica e anche dal coli nell'intestino. Le diarree alcaline provocano esse pure una notevole perdita di vitamina C e per molte malattie del tubo digerente si hanno disturbi nell'assorbimento di vitamina B.

Si stabilisce poi un circolo vizioso nel senso che le ipovitaminosi producano a loro volta una alterazione profonda nel tubo digerente.

Sono causa delle più tipiche ipovitaminosi le malattie croniche dell'apparato digerente. Il tipo più netto è rappresentato dallo sprue.

Malattie che ostacolano la normale utilizzazione delle vitamine nell'organismo sono quelle epatiche e quelle delle ghiandole endocrine. L'ipertiroidismo dà disturbi di utilizzazione della vitamina A, l'atiroidismo dà latte giallo che contiene carotene, ma non contiene vitamina A, la cortina agisce sull'assorbimento di varie vitamine, ma specialmente della C e della B_2.

La malattie infettive, specialmente se fortemente febbrili, si accompagnano a notevole consumo di vitamine e ad un maggiore bisogno di esse. Spesso durante le malattie infettive e specialmente durante la loro convalescenza, si osserva la glossite atrofica, che è espressione di ipovitaminosi B.

Recentemente si è scoperto che alcune intossicazioni (arsenobenzolo, sulfamidici) dànno ipovitaminosi C. Pure la diuresi molto abbondante (per esempio quella da salirgan) dà notevole perdita di vitamine.

In tutte le forme elencate la vitamina che risulta deficiente, somministrata al malato, dà un sicuro effetto terapeutico. L.

***

(G. BICKEL. *Praxis*, 20 dicembre 1942).

Tre metodi principali permettono di diagnosticare le differenti avitaminosi: il dosaggio delle vitamine negli umori dell'organismo, la ricerca clinica dei caratteristici sintomi da carenza, e le prove terapeutiche con il criterio ex iuvantibus. Il dosaggio delle vitamine nel sangue e nelle urine sembra a prima vista il metodo più esatto: in realtà però il contenuto di vitamina negli umori al momento dello esame non è un criterio sicuro da cui si possa dedurre il contenuto vitaminico dell'organismo, l'abbondanza delle riserve, il grado di saturazione e di deplezione vitaminica delle cellule. Il contenuto di vitamine negli umori dipende soprattutto dal contenuto vitaminico degli alimenti nei giorni immediatamente precedenti l'esame: le prove di carico poi sono degli artefici che corrispondono molto imperfettamente alle condizioni naturali dell'organismo. La titolazione delle vitamine è stata fatta soprattutto per la C: il metodo che si è affermato è quello con il diclorofenolindofenolo. Si dosa l'acido ascorbico nel siero prelevato la mattina a digiuno e si determina poi la quantità di vitamina necessaria per ottenere la eliminazione urinaria massima di acido ascorbico. Questa quantità, corrispondente allo stato di saturazione dell'organismo, darebbe la misura del grado di carenza del soggetto. La vitamina B si dosa dopo averla trasformata in tiocromo. Sotto i raggi ultravioletti questa sostanza dà una fluorescenza bleu caratteristica, la cui intensità indica il contenuto in aneurina. Per la vitamina A si usa oggi la titolazione spettrofotometrica. La vitamina K si titola indirettamente, misurando il contenuto di protrombina nel sangue. Recentemente si sono proposti metodi per il dosaggio delle vitamine E, della lattoflavina e dell'acido nicotinico. Allo stato odierno delle ricerche si deve ammettere che il dosaggio delle vitamine nel siero e nelle urine non basta a caratterizzare una avitaminosi, come riesce a farlo soltanto la ricerca dei sintomi biologici e clinici caratteristici.

Per oggi la diagnosi di avitaminosi e di ipovitaminosi si basa su uno studio attento di ogni caso sospetto; è quindi importante soprattutto conoscere i segni delle ipovitaminosi incipienti. Il primo segno di carenza di vitamina A è la emeralopia o cecità notturna, ossia la difficoltà o incapacità di adattare la vista ad una luce molto attenuata. Si deve ricercare sistematicamente questo sintomo che il paziente accusa solo se è molto accentuato, mentre l'oculista lo riconosce precocemente. Tutti gli altri sintomi (xerosi congiuntivale, cheratomalacia, secchezza della pelle e delle mucose, ipercheratosi follicolare) appaiono assai più tardivamente. La ipovitaminosi B si presenta come una nevrite periferica simmetrica iniziando con formicolio, parestesie, sen-

so di buciore, spasmi muscolari e stanchezza anormale alle gambe. Senso vibratorio precocemente diminuito, muscoli delle estremità anormalmente sensibili alla palpazione, riflessi tendinei indeboliti. Lieve dispnea da sforzo, tachicardia, palpitazioni, diminuzione dell'appetito e perdita di peso. La deficienza di lattoflavina è caratterizzata all'inizio da alterazioni congestive e poi da macerazione e desquamazione della zona di unione cutaneo-mucosa delle labbra: spesso fissure o ragadi alle commissure boccali. Per lo più anche piccole escrescenze filiformi, di natura seborroica, specie in vicinanza del solco naso-genieno. Abbastanza spesso modiche alterazioni della cornea in forma di infiltrazioni capillari, talora seguite da essudazione e opacificazione diffuse. La deficienza di acido nicotinico produce una dermatosi simmetrica, eritematosa e poi desquamativa, alle parti scoperte delle estremità. Vi si aggiungono disturbi digestivi e nervosi: glossite dolorosa con arrossamento e tumefazione, gengivite o faringite con infezioni secondarie da m. di Vincent, iperestesia sensitiva, agitazione psicomotoria, ansietà, depressione, cefalea, insonnia. Negli stadi molto avanzati diarrea, vomiti e disturbi mentali in forma di confusione, disorientamento, allucinazioni, mania o delirio. Negli stadi iniziali di avitaminosi C si ha astenia e spesso anche dolori ossei o emorragie gengivali, altre volte scalzamento precoce dei denti o pigmentazione esagerata di cute e mucose. La prova del laccio per mettere in evidenza la resistenza diminuita dei vasi può essere utile per scoprire le forme fruste, la prova però non è affatto patognomonica di avitaminosi C. La ipovitaminosi D, molto evidente per i suoi segni nel bambino, determina nell'adulto fenomeni di osteoporosi, spesso dolorosa, specie alla colonna vertebrale. L'esame radiografico è di importanza decisiva. La deficienza di vitamina K si manifesta con una sindrome emorragica riconoscibile dalla scarsezza di protrombina: la sindrome si manifesta quando questa sostanza nel siero è diminuita oltre il 30 %.

Terapeuticamente la vitamina A è indicata nelle malattie del parenchima epatico e delle vie biliari, specialmente nella cirrosi. In queste malattie è ostacolata la trasformazione del carotene in vitamina A, inoltre questa vitamina, data a forti dosi e soprattutto per via ipodermica, ha una azione protettrice sul parenchima epatico analoga a quella del glicogeno. Per il suo antagonismo verso la tiressina la vitamina A è poi indicata nelle sindromi ipertiroidee: si consigliano dosi massime, di 100.000-150.000 unità al giorno, i migliori risultati si ottengono nel gozzo basedowizzato, specialmente se si dà contemporaneamente anche la vitamina B_1. La vitamina A si dà anche nei catarri cronici delle vie respiratorie, nelle lesioni ulcerose di stomaco ed intestino (nella retto-colite ulcerosa clisteri oleosi con vitamina A), nelle malattie oculari da carenza, in alcune cheratosi pilari, nelle ustioni, nelle ulcere torpide e nelle lesioni da decubito. La vitamina B_1 è indicata soprattutto nelle polinevriti (la alcoolica guarisce anche se non si sospende l'alcole; risultati incompleti solo nelle forme molto inveterate); buoni risultati si ottengono spesso nella paralisi facciale a frigore (la vitamina migliora forse la nutrizione del sistema nervoso; da ciò i vantaggi segnalati anche nella nevrite retrobulbare, nella sclerosi a placche, nella poliomielite, nella mielosi funicolare). La vitamina B dà buoni risultati anche in talune affezioni cardiovascolari ribelli alla cura digitalica, nella ipocloridria e nella anoressia di origine gastrointestinale. Poichè la carenza di questa vitamina provoca rapidamente disturbi digestivi che ne ostacolano l'assorbimento per via enterale, la vitamina B_1 va data per iniezioni (10-20 mg. al giorno) almeno fino a che si sia nettamente delineata la tendenza alla guarigione. E' utile associare anche il complesso vitaminico B_2. La lattoflavina, poco usata, sarebbe utile nelle gravi affezioni del parenchima epatico e del tubo digerente, nella convalescenza da gravi malattie e nelle lesioni più o meno caratteristiche delle commessure labiali e dell'angolo naso-genieno. L'acido nicotinico è indicato nella cura delle malattie che si accompagnano ad un disturbo di assorbimento dei grassi, nelle gravi affezioni del fegato, in alcuni anemie ipocromie, nella acrodinia, nella malattia da raggi X e in alcune pigmentazioni patologiche di aspetto addisoniano. La vitamina C è la più usata in terapia: la si prescrive nelle malattie infettive febbrili, durante la gravidanza, durante l'accrescimento dei bambini, nei soggetti esposti a forti fatiche fisiche, durante l'allenamento allo sport, nei depressi, negli anemici, nei predisposti alla carie dentaria, alla anafilassi e alla intolleranza verso i medicamenti e in varie malattie soprattutto ulcerative del tratto gastrointestinale. Per lo più si può somministrare l'acido ascorbico per via orale. Le indicazioni principali della vitamina D sono nel bambino la profilassi e cura del rachitismo, nell'adulto, le affezioni decalcificanti dello scheletro, sopratutto la osteomalacia gravidica e la osteoporosi senile. La tecnica della sua somministrazione è stata recentemente modificata: è provato che la somministrazione orale di una unica dose di 10 mg. di tale vitamina basta a proteggere il lattante dal rachitismo per almeno 6 mesi. La vitamina E è utile sopratutto nella sterilità e negli aborti abituali: una azione curativa nella sclerosi laterale amiotrofica e nelle miopatie si osserva solo in casi eccezionali. La vitamina K o vitamina della coagulazione è il solo farmaco che riesca ad arrestare le temute emorragie dei colemici (10-20 mg. endovena di preparati idrosolubili) fanno cessare in poche ore le emorragie più

intense, purchè il fegato sia ancora in grado di utilizzare la vitamina per formare protrombina). Nei casi di minore urgenza la vitamina K viene data per bocca. Anche nelle gravi affezioni parenchimatose del fegato l'iniezione di forti dosi di vitamina K dà talora risultati molto incoraggianti contro le emorragie. E' utile somministrare la vitamina profilatticamente negli interventi addominali, perchè si sa che essi talora provocano una caduta preoccupante della protrombina del siero. P.

Il quadro vitaminico nel gozzo acuto.

(A. GALEONE. *Minerva medica*, 3 febbraio 1943).

Fra le ipotesi prospettate sull'etiologia del gozzo c'è quella che si tratti di carenza vitaminica. In vafore di questa ipotesi si prospettano osservazioni cliniche e sperimentali. Fra le osservazioni cliniche in primo luogo si devono ricordare quelle che riguardano la comparsa di gozzo fra popolazioni sottoposte a regimi alimentari poveri o monotoni, poi quelle che hanno dimostrato la comparsa di gozzo in soggetti sottoposti a dieta speciale a scopo terapeutico.

Sperimentalmente si ebbe la produzione di gozzo per dieta ricca di cavoli. Inoltre è importante notare che le epidemie finora descritte di gozzo acuto si sono tutte avute in soggetti appartenenti a collettività (collegiali, soldati, detenuti, seminaristi), cioè persone che non sono sempre in ottime condizioni alimentari.

Ammesso così un rapporto generico fra gozzo acuto e alimentazione, riesce più difficile stabilire qual'è il deficit alimentare responsabile. In passato si pensò a deficienza di nucleoproteidi necessari all'elaborazione della tiroxina e che ci sono forniti dagli alimenti. Oggi invece questo concetto è superato e ci si orienta verso un deficit vitaminico.

Sono stati osservati casi di gozzo acuto in coincidenza con emeralopia, per cui si è incriminata la vitamina A. Più recentemente ancora ci si è orientati verso un interessamento del sistema zimico, cioè degli ormoni e delle vitamine insieme. In questo campo i rapporti possono variare nel senso che le vitamine possono influire sul funzionamento delle ghiandole endocrine, ma anche le ghiandole endocrine possono influire sulle vitamine.

Limitando lo studio del problema alla sola tiroide, questa ghiandola agisce sul ricambio dei caroteni e sul deposito epatico del fattore A e forse su altre vitamine (p. es. esiste il rachitismo tireoprivo). L'ipertiroidismo può provocare deficit vitaminici secondari. Difatti nel Basedow si hanno spesso fatti di ipovitaminosi A,B_1,B_2,C probabilmente per l'aumentato consumo di queste vitamine e viceversa la carenza delle vitamine A e C può provocare dei disturbi tiroidei. Esiste inoltre un antagonismo biologicamente dimostrato fra tiroxina e axeroftolo, fra tiroxina e acido ascorbico. D'altra parte negli stati di carenza vitaminica A si hanno i segni di una iperfunzione tiroidea, mentre si ha ipotiroidismo nella carenza B_1. L'ipertiroidismo provoca la carenza di vitamina C, mentre nell'avitaminosi D si ha a volte un gozzo parenchimatoso diffuso. C'è anche un rapporto fra vitamine e ricambio iodico: questo ricambio aumenta nell'avitaminosi C e si abbassa nel rachitismo.

Date queste premesse teoriche, si comprende come, quando nel giugno 1941 si verificò un episodio collettivo di gozzo acuto fra le truppe italiane stazionanti in alcune valli del Piemonte, alcuni malati siano stati mandati in osservazione nella Clinica Medica di Torino perchè si procedesse a indagini accurate anche dal punto di vista alimentare vitaminico.

I dati clinicamente rilevabili in questi episodi, che furono veramente imponenti per numero (oltre 1000 nell'episodio del 1940 e 800 in quello del 1941) sono stati i seguenti: tumefazione della tiroide (con conseguenti disturbi meccanici, cioè disfagia, dispnea alle fatiche anche lievi), manifestazioni di carattere generale (astenia, irritabilità nervosa), segni di aumentata funzione tiroidea (segni oculari, tremore fibrillare delle estremità, sudorazione, demografismo) o di altre alterazioni endocrine (ipotrofia dei testicoli). In alcuni c'era aumento del metabolismo basale fino ad un massimo di + 22. La iodemia, in un primo tempo elevata, è scesa rapidamente ai valori normali. Istologicamente si aveva un aumento della sostanza colloidale e aumento dell'epitelio con vegetazioni endofollicolari (gozzo colloide macrofollicolare proliferante).

Nei soggetti appartenenti al gruppo del 1940 furono fatte ricerche sulla vitamina A, non solo per i dati noti dei rapporti fra vitamina A e tiroide, ma anche perchè si aveva l'impressione che fossero sottoposti a dieta scarsa di grassi. Non si trovarono segni clinici di mancanza di axeroftolo e, in modo particolare non ci fu emeralopia. In 14 casi fu dosato il fattore A sul siero (axeroftolo e carotene) e i valori, nella grande maggioranza dei casi risultarono normali. In un solo caso esso risultò notevolmente abbassato; ma la terapia ad alte dosi con vitamina A non ebbe nessun risultato terapeutico, anzi durante la cura peggiorarono i sintomi dipendenti da iperfunzionamento tiroideo.

Lo studio dell'alimentazione di questi malati non risultò deficiente dal punto di vista vitaminico. I malati del secondo gruppo poi si ammalarono poco dopo essere giunti dai paesi di origine.

Le fatiche fisiche non potevano entrare in causa perchè non erano state eccessive.

Il quadro vitaminico è stato il seguente: normali i valori interessanti la vitamina A,

la vitamina B_1. Per la vitamina C, mentre si sono trovati valori normali di ascorbacidemia, si è avuto in due casi, colla prova di carico, la dimostrazione di un deficit di saturazione. Valori normali si sono avuti per la vitamina PP e per la protrombina.

Negative sono state le prove ex adjuvantibus, nel senso che i malati sottoposti a cura con vitamina B_1 e C ad alte dosi non mostrarono nessun miglioramento in rapporto colla terapia.

L'A. crede di non dover attribuire nessuna importanza al deficit di saturazione trovato per la vitamina C, perchè esso è stato molto modico.

Il non aver trovato un vero e proprio stato ipovitaminosico responsabile del gozzo acuto non dice, naturalmente, che il gozzo acuto possa dare un deficit di saturazione vitaminica o che comunque le vitamine possano contribuire alla produzione della malattia. Ma fino ad oggi non se ne è data la dimostrazione. L.

Edema da carenza alimentare.

(P. BEAUSSART, C. FEUILLET e J. SEQUES. *La Presse Médic.*, 6 marzo 1943).

Gli AA. ne hanno studiati ventun casi, tutti maschi, adulti, giovani, senza lesioni epatiche, cardiache o renali, con edemi di tutti i gradi dalle infiltrazioni appena appariscenti fino all'anasarca. Contemporaneamente furono studiati come controllo dodici soggetti sottoposti alla medesima dieta.

La maggior parte di questi edematosi, che sono stati studiati in un ospedale psichiatrico, era internata da più di due anni. Quasi tutti avevano avuto un fortissimo dimagrimento (da 25 a 50 chili) in coincidenza coll'inizio delle restrizioni alimentari. In prevalenza furono colpiti i paralitici progressivi.

Evidente è stata l'influenza del freddo, poichè i casi più numerosi furono fra novembre e ottobre, mentre diminuivano appena cominciava il riscaldamento con arresto completo in primavera. Ne sono stati immuni i malati dediti a qualche lavoro e che perciò avevano supplementi alimentari.

Gli edemi sono sensibili al decubito, tanto da scomparire rapidamente, anche in caso di anasarca, colla sola permanenza in letto.

Non furono osservate alterazioni dei riflessi, che invece sono state segnalate da altri. In un solo caso si ebbe una sindrome neuromiopatica che scomparve colla dieta carnea.

La pressione arteriosa e il polso si sono mantenuti quasi sempre normali.

L'ipotermia invece è stata frequente. Spesso si è avuta diarrea sierosa abbondante e sensibilità vivissima ai raggi solari tanto da aversi con facilità eritema attinico.

In un caso si ebbe edema congiuntivale.

Il fatto biochimico essenziale e costante è l'ipoproteinemia con rapporto sierina-globulina poco modificato e di regola non invertito. La colesterolemia è per lo più abbassata. La cloremia non ha mostrato modificazioni, mentre la glicemia e l'azotemia si sono dimostrate piuttosto basse (ma questo si è verificato anche nei dodici controlli).

La formula sanguigna mostra sempre un aumento dei polinucleati basofili, modificazione che si è sempre avuta anche nei controlli. Ma non esiste nè anemia, nè modificazione della formula leucocitaria, nè del tempo di sanguinamento nè di coagulazione.

Le urine non mostrano elementi anormali. L'azoturia è diminuita, la cloruria normale. Il fatto più notevole a carico delle urine è la poliuria, che in qualche caso ha raggiunto gli otto litri. Ma questa poliuria si è avuta anche nei controlli.

C'è un periodo predematoso in cui la sola alterazione rilevabile è la ipoproteinemia.

I diuretici e il regime aclorurato non hanno nessuna influenza sulla sindrome, come pure la vitamina B_1 e gli amino-acidi. Il regime latteo è quello che ha dato i migliori risultati.

Probabilmente la sindrome è prodotta dal la diminuzione della somministrazione di proteine alimentari, il che spiega perchè la proteinemia è il sintoma iniziale e costante. L.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE

Prof. S. PALAZZI. *Trattato italiano di Odontologia.* Terza edizione. Volume primo, di pag. 788 e 842 figure; secondo volume di pag. 787 e 1129 figure; terzo volume di pag. 915 e 967 figure. Casa Editrice dott. Francesco Vallardi, 1942-XXI, Milano, prezzo dell'opera L.it. 500.

Abbiamo avuto già occasione di recensire quest'opera nella sua seconda edizione (« Il Policlinico », 1934, sezione pratica, n. 26, 1933) ed ora segnaliamo ai lettori questa terza edizione che, a nove anni dalla pubblicazione dalla seconda, si presenta notevolmente ampliata rispetto alla precedente. La quale constava di due volumi di complessive 1364 pagine, mentre questa si presenta quasi raddoppiata sia per il numero di pagine, quanto per il numero delle figure. Opera, diciamo subito, utile per il medico specialista in quanto tutto lo scibile odontoiatrico è largamente trattato, utile anche per il medico generico colto, il quale, nei problemi odontologici, vede talvolta fatti che hanno riflessi ed importanza di ordine clinico generale. Oggi l'odontoiatria è una prova obbligatoria per l'esame di Stato, è impossibile pertanto disconoscere la sua importanza non solamente nei riguardi degli studi, ma anche nei riguardi della profilassi e della terapia delle malattie dei denti. Questo libro, che ha avuto notevole fortuna, può dirsi unico del suo genere: non esistono altri trattati in Italia di questa mole, in cui la materia è esposta in modo tanto circostanziato. Il primo volume che presenta una prefazione molto lusinghiera del senatore Perna che definiva la seconda edizione un monumentale lavoro « ed opera veramente magistrale per la trattazione esauriente di tutti gli argomenti della materia », è diviso in quattro parti: la prima: storia della Odontoiatria, la seconda: anatomia, fisiologia e biologia, la terza: patologia dentaria, la quarta: anestesia. Particolare rilievo merita la esposizione anatomica ed istologica, in cui numerose figure originali dell'Autore e dei suoi allievi della Clinica di Pavia, mostrano come le ricerche scientifiche nel campo dell'anatomia microscopica dentaria abbiano avuto, nella Scuola diretta dall'Autore, particolare sviluppo. Così anche lo studio patologico delle pulpopatie ha una presentazione molto circostanziata per quanto si riflette all'istopatologia, illustrata pure da numerose figure originali, del pari dicasi delle malattie del paradenzio che costituiscono un capitolo largamente studiato in modo originale dall'Autore.: La parte che riguarda l'anestesia è anch'essa interessante per le numerose illustrazioni che rendono chiare le varie tecniche di anestesia dei rami del trigemino e per la descrizione pure ben precisa ed esatta dell'anestesia generale in Odontoiatria. L'uso di strumenti per analgesia al protossido d'azoto ad erogazione dosata e costantemente controllabile, permette, dice l'Autore, anestesie senza nessuna complicazione a perfetto rendimento e ad efficace risultato. Anche questo argomento presenta contributi dell'Autore e della sua Scuola. Il secondo volume è diviso pure in quattro parti ed inizia con la roentgengrafia cui seguono la semeiotica e terapia. Tanto la prima parte che la seconda, sono largamente trattate: la prima col corredo di numerose illustrazioni e di un atlante in cui sono riprodotte le principali lesioni roentgenologiche nelle loro varietà, riunite in un ricco atlante; la semeiotica e terapia che espone in vari capitoli tutto quanto riguarda la diagnosi e la chirurgia conservativa degli elementi dentari. La settima parte è dedicata alla chirurgia dentaria e l'ottava alle affezioni dentarie e boccali inclusi i loro rapporti con la chirurgia generale. Il terzo volume inizia con la parte nona, malattie dentarie e loro rapporti con la medicina e le specialità che interessa vivamente il medico pratico. Sono qui illustrate tutte le malattie dentarie in relazione alla clinica medica generale all'apparato uditivo, oculare, al tegumento cutaneo, al sistema nervoso, alle malattie infettive, all'apparato gastro intestinale, alle malattie del ricambio ecc. ecc. Non sono omesse le malattie professionali degli odontoiatri e un capitolo sull'apparato dentario e malattie del lavoro. La parte decima: traumatologia, tratta le lussazioni e le fratture dei denti e le lussazioni e le fratture dei mascellari. Un capitolo apposito sviluppa il tema delle fratture mascellari da armi da guerra che l'esperienza dell'Autore mostra in tutti i suoi particolari illustrati da numerose radiografie e da numerose fotografie di casi trattati durante la guerra 1915-18, durante la guerra etiopica, spagnola e durante il conflitto presente. L'undicesima parte, la prostesi, tratta della clinica prostetica e della propedeutica odontotecnica. Vi sono numerosi capitoli che sviluppano i vari argomenti di cui si compone questa suddivisione della specialità;: protesi metalliche, protesi in vulcanite, protesi fisse e protesi mobili. Segue la parte dodicesima dedicata alle resine sintetiche, che hanno avuto in questi ultimi anni particolare diffusione e che sono state proposte e studiate per il primo in Italia dall'Autore dell'opera. La Clinica di Pavia infatti, ha indagato e sperimentato in modo particolare questi mezzi protetici ed attraverso le sue realizzazioni, sono state date notizie fondamentali per il loro impiego divenuto oggi vastissimo. La tredicesima parte parla dell'ortopedia dento-facciale e qui, coll'esposizione dei vecchi metodi, vi è anche la trattazione del metodo di ortopedia funzionale detto « biomeccanico » che ha così notevole importanza dal punto di vista della diffusione di questi interventi in quanto sono di minimo

costo e di agevole applicazione. Segue un'appendice che tratta le nozioni di medicina legale odontologica, gli elementi di tecnica microscopica dentaria, l'insegnamento dell'Odontoiatria in Italia e nelle altre nazioni e le opere assistenziali odontoiatriche dall'anno 1900 ad oggi.

Riassumendo il nostro giudizio su questa vasta opera per i molti contributi dell'Autore e della sua Scuola, dobbiamo dire che essa ha importanza notevole per la letteratura italiana in quanto costituisce un libro che aggiorna le cognizioni odontoiatriche a tutto l'anno 1942. Per i medici generici ha speciale importanza il capitolo sull'infezione focale che, largamente studiato dalla scuola del Frugoni, ha avuto, in questa opera, una trattazione riassuntiva, ma largamente documentata di tutto quanto in questi ultimi anni è stato scritto a proposito di queste affezioni. Dal lato tipografico, l'opera si presenta in modo molto degno, la stampa è ben curata su carta di lusso. Molte figure sono a colori e costituiscono illustrazioni originali che facilitano notevolmente la comprensione del testo. C. F.

CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

K. MYLIUS. *Rheumatismus und Auge*. Pag. 92 con 15 figure in parte a colori. Ed. Steinkoff. Dresden, 1942. Prezzo R.M. 5,25.

L'argomento svolto dall'A. è di grande interesse soprattutto perchè esso costituisce ancor oggi un capiolo dell'oftalmologia assai discusso e ben lungi dall'essere chiarito. Difatti, come nota il Mylius, troppo facilmente in passato si è fatta diagnosi di affezione reumatica in una malattia oculare che poi è risultata di ben altra etiologia man mano che le nostre conoscenze di patologia sono progredite (v. per esempio il caso della cheratite parenchimatosa).

L'incertezza che regna ancor oggi sui rapporti tra occhio e malattie reumatiche è in gran parte dovuta secondo l'A., al fatto che la letteratura oftalmologica non ha seguito l'evolversi del problema « reumatico » secondo le vedute più moderne. Perciò il Mylius, prima di addentrarsi a svolgere l'argomento prefissosi, riassume brevemente le principali teorie sul reumatismo, sostenendo che solo il reumatismo articolare acuto è una malattia vera e propria ben definita, mentre tutte le altre forme sono solo un sintomo di malattie le quali possono avere le più disparate etiologie. L'A. dimostra poi di non credere ad una origine infiammatoria iperergica del reumatismo.

Un capitolo viene dedicato al reumatismo articolare acuto, e vi si ricordano certe congiuntiviti acute con esame batterioscopico negativo le quali possono precedere la forma articolare, le iridocicliti, le episcleriti, le embolie dell'arteria centrale retinica specie se vi è contemporanea endocardite, le neuriti ottiche.

Il terzo capitolo riguarda il reumatismo cronico e vengono trattate in modo dettagliato le infezioni focali che l'A. ritiene essere molto più rare di quanto non si creda. Particolare attenzione viene rivolta alla spondilartrite anchilopoietica, la quale dà un'irite recidivante accompagnata successivamente da intorbidamento del vitreo, cataratta complicata, aumento di tensione endoculare e compromissione grave del visus.

Vengono poi trattate dal lato clinico le cosidette forme reumatiche dell'uvea, della sclera e della congiuntiva dimostrando quanta attenzione occorra fare prima di attribuire una data malattia oculare al reumatismo, diagnosi che, secondo Mylius, è il più spesso sinonimo di « criptogenetica ». F. S.

B. DAHLBERG. *The masticatory effect*. Supplementum CXXXIX di Acta Medica Scandinavica, 1942, pagg. 154, tav. 64, fig. 8. Lund Häkan Ohlssons Bocktryckeri, 1942, s. p.

L'argomento interessa solo gli specialisti. La prima parte della monografia è dedicata all'esame dei metodi usati e alla descrizione di un metodo d'esame proposto e attuato dall'autore.

La seconda parte riguarda la masticazione in rapporto col sesso e coll'età.

I metodi di studio della masticazione sono diversi, quello di Christiensen colle nocciuole, quello di Juul colle noci di cocco, quello di Gelman colle mandorle dolci. Il metodo di Dahlberg consiste nel far masticare dei cilindri di gelatina con solfato di bario più una sostanza colorante rossa, e nel dividere il materiale masticato mediante uno speciale apparecchio che lo seleziona secondo la grandezza dei frammenti.

Le ricerche eseguite su 917 persone hanno dimostrato che una cattiva dentatura non modifica il numero degli atti masticatori necessari a rendere deglutibile un boccone e che i bambini di sette anni hanno bisogno per questo di un numero di atti masticatori inferiore a quello che è necessario ai bambini più grandicelli e agli adulti.

L'efficacia della masticazione va di pari passo colla deteriorazione dei denti e alla deficienza non si rimedia con un aumento del numero degli atti masticatori, ma con speciali accorgimenti nelle manovre del masticare.

L'A. ha studiato anche l'effetto masticatorio in rapporto colle protesi dentarie.

Il lavoro, corredato da numerose tavole e da varie illustrazioni termina con la bibliografia dell'argomento. L.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 27 novembre 1942-XXI

presiede il Prof. C. FRUGONI, presidente

Cenni storici ed indicazioni cliniche dell'apicolisi con pnx extrapleurico nella cura della tubercolosi polmonare. Relazione

Prof. A. OMODEI ZORINI. — L'O. ricorda le varie fasi e le varie tecniche attraverso le quali è venuto maturando il problema dell'apicolisi con pnx extrapleurico, che si è finalmente avviato in questo ultimo decennio alla sua pratica soluzione. La prima e quella del *piombaggio paraffinico alla Baer*, che ha dominato il campo sino al 1932. Dal 1932 datano gli studi dell'O. sull'apicolisi *senza piombaggio*, tempo preparatorio alla 3ª fase, del *pneumotorace extrapleurico* già preconizzato e proposto dall'O., ma non attuato per difficoltà tecniche. Il pnx extrapleurico chirurgico ha finalmente trovato nel 1936, per opera di Graf e di Schemi la tecnica più indicata, che con qualche variante si usa generalmente dagli AA. italiani e stranieri.

Tuttavia, il progresso di tale metodo terapeutico è ancora stentato ed irto di ostacoli per varie complicanze che si possono presentare nel decorso della cura post-operatoria, sopratutto per le emorragie, le suppurazioni precoci e tardive e la tendenza sinfisaria della sacca gassosa, prima che si possa raggiungere un buon risultato clinico. Tali complicazioni sono evitabili nel maggior numero dei casi con una rigorosa condotta terapeutica che verrà esposta dal collega Abruzzini.

Dal lato medico ha la massima importanza la *giusta indicazione clinica*. Quali sono i criteri che devono guidare il medico per una buona indicazione? Essi sono d'indole generale e locale:

A) *Criteri d'indole generale*. — I malati possono essere operati anche in età giovanile (dai 10 anni in su) o presenile (fino a 60 anni); le condizioni generali possono anche essere scadenti, i processi polmonari bilaterali, purchè incipienti; la evoluzione dei processi morbosi deve essere stazionaria o subfebbrile, non mai acuta nè a rapida tendenza diffusiva.

B) Maggiore importanza hanno i *criteri locali*. Le caverne devono essere recenti e dinamiche, di piccole dimensioni (al disotto di 3-4 centimetri di diametro) e situate nel 3° superiore del polmone. Bisogna inoltre escludere i successi originati da focolai essudativi acuti come lobiti, pneumoniti caseose confluenti a rapido sviluppo tisiogeno.

L'O. passa in rassegna le principali forme cliniche indicate per l'intervento, illustrando per ciascuna alcuni radiogrammi dimostrativi:

1) La tbc. produttiva micronodulare e microcavitaria degli apici polmonari e delle regioni sottoclavicolari;

2) La tisi circoscritta cavernulare delle regioni apicali e sottoclaveari;

3) La tbc. cronica ematogena miliare o nodulare con caverna unica o multipla unilaterale, limitate alla metà superiore del polmone;

4) La tbc. cronica circoscritta bilaterale, quando è limitata ai lobi superiori ed ha un carattere stazionario o subevolutivo.

Le forme essudative di infiltrati, lobiti, pneumoniti e broncopolmoniti caseose, come pure le vecchie tisi ulcerofibrose o ulcerocaseose con caverne voluminote e diffusione anche al 3° medio inferiore del polmone, non costituiscono in genere una buona indicazione clinica. Così pure le caverne isolate stazionarie localizzate ai campi apicali.

L'apicolisi con pnx extrapleurico può essere attuata bilateralmente, pure in associazione con un pnx intrapleurico controlaterale o con una frenico-exeresi omo- o controlaterale. È meno indicata l'associazione con una plastica controlaterale.

Quando il pnx extrapleurico ha una netta tendenza sinfisaria, sarà necessario ricorrere all'oleotorace extrapleurico o alla plastica sostitutiva.

Il campo d'azione è talora comune con quello delle plastiche circoscritte dell'apice.

L'O. traccia infine un parallelo tra apicolisi con pnx extrapleurico e toracoplastiche apicali, illustrando i vantaggi e gli inconvenienti di entrambi i metodi.

Per l'attinenza degli argomenti, prima di aprire la discussione, il Presidente dà la parola al prof. P. ABRUZZINI.

Tecnica operativa, condotta della cura, complicanze e risultati dell'apicolisi con pnx extrapleurioo.

Prof. P. ABRUZZINI. — L'O. dopo brevi cenni storici parla rapidamente della tecnica, della condotta post-operatoria e delle eventuali complicazioni (emorragia post-operatoria, suppurazione).

Secondo l'O. i risultati sono ottimi, e in base alla sua casistica, possono raggiungere sicuramente la guarigione l'80% dei casi trattati.

Il Presidente apre la discussione ed ha la parola il prof. Chiasserini, il quale domanda al prof. Abruzzini se, per ottenere il pnx extrapleurico, non sarebbe per caso utilizzabile l'apicolisi per via anteriore, che egli ha avuto occasione di eseguire in centinaia di casi in occasione di simpatectomie cervico-toraciche.

Il prof. MORELLI si compiace col prof. OMODEI ZORINI e con il suo collaboratore prof. ABRUZZINI per i buoni risultati ottenuti e per i miglioramenti apportati alla tecnica e alla condotta del pneumotorace extrapleurico. Tuttavia osserva che dalla visione dei casi presentati è possibile ritenere che le indicazioni sono molto analoghe a quelle da lui prospettate per il velario apico-ascellare per cui ebbe a riferire in una delle precedenti riunioni. Quest'ultimo intervento avrebbe il vantaggio di essere di più semplice attuazione tecnica, di dare risultati nel volgere di pochi mesi e di non incorrere nelle facili complicazioni dello extrapleurico. Inoltre per le caverne ben costituite egli preferisce l'aspirazione endocavitaria. Ambedue questi procedimenti sono applicabili bilateralmente. In tema di pneumotorace extrapleurico E. Morelli prospetta ai due autori la possibilità di attuare lo svincolo del diaframma paralizzato della parete toracica. Tale intervento dovrebbe avere lo scopo di permettere un più cospicuo e più facile sollevamento del muscolo per liberazione dalle sue inserzioni costali.

I vantaggi che ne potrebbero derivare potrebbero essere notevoli specialmente nei casi di lesioni estese e in associazione con un velario apico-ascellare.

L'O. prega il prof. Abruzzini ad esaminare le possibilità tecniche.

Rispondono agli OO. il prof. Omodei Zorini per la parte clinica; il prof. Abruzzini per la parte chirurgica.

Presenza di un'agglutinina anti-N nel siero di sangue di una malata di ittero emolitico.

(Contributo allo studio delle reazioni da trasfusione in genere, nelle anemie emolitiche in ispecie).

Prof. F. CORELLI e Dott. E. ROGARI. L' primo, anche a nome del dott. Nogari, espone il caso oggetto della comunicazione.

Trattasi di una signora di 62 anni, affetta da tipico ittero emolitico, che aveva ricevuto tre successive e distanziate trasfusioni sanguigne rispettivamente con datori del suo stesso gruppo (A) ed una volta con un datore universale. Dopo ogni trasfusione era stata colta da brividi intensi con febbre che raggiungeva i 40° e che durava, accompagnata da condizioni generali assai depresse, per circa una decina di giorni. Allo scopo di accertare la causa di tali notevoli disturbi, per i quali si era dovuta sospendere la terapia trasfusionale costituente l'unico mezzo per tentare di mettere la paziente in condizioni di sopportare l'intervento operatorio, si studiarono a fondo le caratteristiche gruppo-specifiche del sangue in oggetto. Si vide che esso poteva venir classificato con la formula AMp, vale a dire che nei suoi globuli rossi erano contenuti gli agglutinogeni A ed M, mentre nel siero esisteva l'agglutinina anti-B. Si potè, però, in seguito, subito escludere che i disturbi notati fossero legati ad anormalità riferibi'e agli agglutinogeni e l'attenzione degli AA. si polarizzò sul siero nel quale esisteva, evidentemente, una notevole proprietà agglutinante oltre quella anti-B. In seguito a numerose ed attente ricerche, che saranno dettagliatamente descritte nel lavoro in esteso (il quale verrà pubb'icato su « Il Policlinico », Sez. prat., 1943), si potè alfine individuare tale proprietà con una agglutinina anti-N. Successive prove di assorbimento dettero la conferma dell'esattezza della diagnosi, la cui riprova si ebbe constatando che in tutti e tre i sangui dei precedenti datori esisteva il fattore N e che, invece, con il sangue di un soggetto AM, nel quale si era potuto escludere la presenza anche di un eventuale N debole, le trasfusioni erano ottimamente sopportate tanto che si poterono ripetere, anche ravvicinate, per ben 13 volte. Pure il sangue di un altro datore AM non dette disturbi, e così fu possibile portare la paziente, la cui attività emolitica era notevolissima, da 1.200.000 a 3.000.000 di globuli rossi e metterla in grado, quando già stava per essere abbandonata al suo destino, di sopportare ottimamente la splenectomia.

Il caso ha un'importanza notevole sia per la rarità del reperto (solo un'altra volta nella letteratura mondiale è stata descritta la presenza di un'agglutinina anti-N naturale nel siero umano, da parte dei giapponesi Iseki e Fukau), sia per l'utilità del trattamento istituito (essendo riusciti con trasfusioni ripetute e ravvicinate a migliorare, come difficilmente è dato di vedere in casi di ittero emolitico, le condizioni ematologiche della paziente), sia perchè per la prima volta si sono potuti osservare e descrivere dei disturbi in vivo avvenuti per incompatibilità non di gruppo, ma di sottogruppo (M ed N), sia infine, per i quesiti teorici che il caso suscita in merito ad un eventua'e valore eziologico da dare a questa o ad altre simili singoralità sierologiche nelle forme emolitiche.

Il caso, da ultimo, si presta a considerazioni di notevole importanza medico-legale giacchè il ritrovare sia pur raramente delle agglutinine anormali, fa ribadire il concetto di dare sicuro affidamento, nell'individualizzazione del sangue, unicamente a quelle determinazioni convalidate dalla dimostrazione della presenza o meno degli agglutinogeni.

Storia non comune di un tumore dell'orbita.

Prof. A. CHIASSERINI. — L'O. riferisce su di un caso di tumore dell'orbita sinistra apparentemente primitivo, e che venne asportato in blocco (con conservazione del bulbo oculare) per via transfrontale. Dopo una guarigione clinica di circa 2 anni si ebbe recidiva. Furono eseguiti altri tre interventi, che permisero di asportare le recidive, nonchè un meningioma olfattivo. Il paziente venne a morte dopo circa 3 1/2 anni dalla prima operazione per complicazioni meningee. L'autopsia permise di constatare la esistenza di altri due tumori: un meningioma temporo-sfenoidale ed uno parasagittale.

L'O. fa delle considerazioni di ordine clinico-operativo ed istologico.

Il Segretario: T. LUCHERINI.

TRIBUNA LIBERA

Sul trattamento insulinico dei tumori maligni.

Riceviamo:

Spett Direzione del « Policlinico »

Nel n. 16 de' « Policlinico », Roberti e Casati fanno due incisivi rilievi a quanto ho scritto nel mio « Contributo al metodo della dezuccherazione nei cancerosi ».

Quanto al primo, faccio notare come la comunicazione di Roberti e Casati all'Accademia Medico-Fisica Fiorentina del febbraio 1942 è posteriore alla prima comunicazione di Brünings, che è del gennaio 1941. Anche Rondoni (L'Attualità Medica, 1942, p. 58), dopo aver ricordato in proposito i lavori fondamentali di Warburg e i suoi, e quelli di Silberstein e di Brünings, dice che « i due italiani hanno adottato un metodo di ipoglicemizzazione a tipo di vero shock, ma sostanzialmente non hanno detto o fatto nulla di nuovo ».

Quanto al secondo, debbo dire che non essendo riuscito in alcun modo a mettermi in rapporto con Roberti e Casati neanche facendo scrivere dal mio direttore al loro, mi son dovuto attenere a quanto è apparso al n. 4-6 (1942) de « L'Attualità Medica » in cui a pag. 58, in un redazionale sul trattamento insulinico del cancro è detto testualmente così: « Abbiamo attinto informazioni presso il prof. M. Zalla, direttore della Clinica neuro-psichiatrica di Firenze, ove gli esperimenti erano stati eseguiti; egli rileva come la Clinica sia rimasta estranea agli esperimenti, eseguiti nei locali della Clinica per la concessione dell'Amministrazione e col di lui consenso, ma all'infuori di ogni controllo; sono stati pochissimi e non probativi e vennero fatti sospendere dopo la pubblicità datavi nella stampa politica ».

Dopo questa dichiarazione così precisa non mi consta che Roberti e Casati abbiano ulteriormente insistito.

Grazie dell'ospitalità.

(Clinica medica della R. Università di Bari)

FRANCESCO CAPUTI

***

Con questa replica consideriamo chiusa la polemica.

LA REDAZIONE

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA

Patogenesi diencefàlica di discinesie colecistiche a tipo clinico di colica.

Le alterazioni dell'attività diencefalica, nota G. Bossi (*Giorn. di clin. med.*, 30 dic. 1942), sono legate a disturbi neurovegetativi. L'attività visceromotoria ipotalamica è fra le varie attività diencefaliche la meno studiata.

La stimolazione dell'area diencefalica laterale dà cessazione immediata della peristalsi con perdita del tono dello stomaco e del tenue, mentre la stimolazione delle fibre partenti dall'ipotalamo posteriore provoca caduta brusca del tono vescicale e la stimolazione del tuber dà ipertonia e ipermotilità gastrica. Si sa anche che i tumori diencefalici dànno caduta del tono e diminuzione della motilità gastrica, intestinale e vescicale.

Si è attribuita al diencefalo anche un'azione provocatrice di erosioni gastrointestinali e quindi gli si è data importanza nella genesi dell'ulcera gastroduodenale.

Clinicamente e sperimentalmente nulla si è scritto dei rapporti fra motilità della colecisti e diencefalo, se si esclude un caso di Bufano, il quale ha descritto un caso di sindrome colecistodiscinetica su base disvegetativa.

L'A. ne descrive due casi. Il primo riguarda una donna trentatreenne ricoverata con una sintomatologia chiara di colica epatica e che presentava dei disturbi endocrino-metabolici e neurologici che nulla avevano a che fare colla colica e precisamente obesità, esoftalmo, amimia, che si dovevano interpretare come postumi di un'encefalite sofferta da bambina. Disturbi che possono essere interpretati come un Basedow si possono avere per lesioni diencefaliche.

L'esame colecistografico non dimostrò nessuna alterazione a carico della cistifellea nè dal punto di vista morfologico nè da quello funzionale.

Nel secondo caso si avevano dei disturbi certamente diencefalici (alterazioni mestruali, diminuzione della libido e un'anomalia sellare). Inoltre aveva una diminuzione notevolissima del peso corporeo (30 kg). Anche in questo caso le coliche epatiche che prevalevano nella sindrome non trovavano la loro giustificazione in alterazioni morfologiche della cistifellea che presentava una notevole discinesia per atonia.

Un terzo caso è descritto, ma la mancanza di uno studio completo (mancano radiografie craniche) consiglia a non tenerne conto come dei due casi precedenti.

L'A. crede di poter concludere dallo studio dei suoi casi che certamente il diencefalo rientra per molto nella sintomatologia delle coliche epatiche con discinesia colecistica, ma non si sa se esso abbia influenza per una azione sul simpatico e sul vago e se il disturbo dipénda da lesioni ipotalamiche o ipofisarie.

L.

Vitamina A ed emeralopia negli epatici.

Il fegato ha importanza capitale nell'accumulo di riserva di vitamina A da una parte e nell'elaborazione della vitamina A a spese del carotene dall'altra parte. Secondo Domagk e Dobeneck la vitamina A si mette in riserva nel sistema reticolo-endoteliale e precisamente nelle cellule di Kupffer. La cellula epatica invece interviene nella trasformazione del carotene in vitamina A.

Si deve quindi pensare che esista un disturbo nella formazione e nell'accumulo di vitamina A nei malati di fegato e specialmente nei cirrotici e negli itterici. Esiste negli epatici un sintoma, l'emeralopia o abbassamento dell'acuità visiva crepuscolare, che è certamente in rapporto colla vitamina A, che è legata alla funzione retinica.

N. Fiessinger e H. Torres (*Le Presse médic.*, 17-20 dicembre 1941), dopo aver dosato nel sangue circolante di soggetti sani la vitamina A, l'hanno dosata in malati di ittero da ritenzione e di cirrosi epatica con ascite. In due malati con ritenzione biliare e ittero, che non presentavano segni di insufficienza epatica, essi trovarono nel sangue un tasso normale di vitamina A e di carotina, mentre in 10 casi di cirrosi epatica il tasso trovato è stato sempre notevolmente superiore al normale per quanto riguarda la carotinemia, mentre la vitamina A si è dimostrata al disotto del normale.

Col sovraccarico di vitamina A per via orale essi hanno osservato che l'assorbimento della vitamina A si compie normalmente anche nei malati di cirrosi epatica, ma che l'aumento della vitaminemia si compie in maniera insufficiente, perchè non persiste oltre ventiquattr'ore.

Nei cirrotici l'emeralopia, studiata col procedimento adaptometrico di Pieron, è stata presente sempre, ma non è mai stata in rapporto col grado di deficienza vitaminica.

L.

Un nuovo metodo per la cura dell'ittero epatocellulare.

Partendo dalla constatazione della oscurità dell'intimo meccanismo attraverso il quale il drenaggio delle vie biliari produce la guarigione dell'ittero epatocellulare Dick (*Deut. med. Wschr.*, 20 novembre 1942) ha fatto complessivamente in 16 casi personali dei tentativi di cura per mezzo del blocco novocainico dell'innervazione simpatica del fegato. La tecnica consiste nella iniezione di 30-40 cc. di novocaina 1/2 % con adrenalina, per via

epidurale, fra 11ª e 12ª vertebra dorsale. La iniezione viene ripetuta ogni 2-3 giorni fino a miglioramento.

L'osservazione clinica aveva già registrato la guarigione di casi anche gravi di ittero epatocellulare, dopo interventi occasionali sull'addome superiore, quali laparatomie esplorative, biopsia del fegato, splenectomia, paracentesi, ecc.

Il metodo, nelle mani dell'A., ha fallito soltanto in cinque casi, dei quali due si dimostrarono in realtà casi di ittero da occlusione calcolotica del coledoco e gli altri tre casi di ittero neoplastico. Secondo Dick il metodo può servire dunque anche a scopo diagnostico.

Naturalmente se il danno epatico è ormai tale che ogni capacità rigenerativa sia compromessa, il metodo fallisce. Esso sarebbe dunque adatto sopratutto ai casi lievi, per prevenirne l'aggravamento, l'evoluzione atrofica o cirrogena.

Ma anche in casi gravi è stato ottenuto il successo.

In un caso la puntura dello spazio epidurale provocò collasso; l'iniezione di novocaina non venne eseguita, ma il malato guarì. Può dunque bastare il solo trauma di un collasso a determinare la guarigione dell'ittero catarrale?

M. COPPO.

Il blocco della colinoesterasi nella cura delle arteriopatie spastiche.

M. Battezzati (*Minerva Medica*, fasc. 51, 1942) premette che concetti ed esperienze già vecchi avevano stabilito come l'eccitamento nervoso parasimpatico verrebbe trasmesso dall'acetilcolina e cesserebbe per azione della colinoesterasi che blocca l'acetilcolina. Poichè l'eserina o la prostigmina che ne è l'equivalente hanno la proprietà di inibire in vitro l'azione idrolizzante della colinoesterasi sulla acetilcolina e poichè dopo una iniezione di eserina si verifica un accumulo di acetilcolina nei luoghi dove questa si forma, si è supposto che l'azione parasimpatica dell'eserina e prostigmina si realizzasse attraverso il blocco dell'azione idrolizzante della colinoesterasi, donde la conseguente azione vagale dell'acetilcolina rimasta libera e attiva. L'A. ha pensato di mettere a profitto l'azione della prostigmina, poichè secondo i supposti enunciati un accumulo di acetilcolina per azione diretta attraverso il parasimpatico doveva portare a dei miglioramenti del circolo determinando una vasodilatazione periferica.

15 casi di artropatie spastiche dal morbo di Billroth-Buerger a obliterazioni vasali acute, endoarteriti obliteranti, sindromi di Raynaud, acroparestesie, acrocianosi, congelamenti, ipertensione essenziale ed arteriosclerotica sono stati sottoposti a trattamento con prostigmina, con risultati soddisfacenti per un'azione di quest'ultima sul circolo collaterale.

BENDANDI.

MEDICINA SCIENTIFICA

Alcuni aspetti del ricambio idrosalino nel "gozzo acuto"

F. Ceresa e G. F. Rubino (*Minerva medica*, 3 febbraio 1943) hanno partecipato alle ricerche fatte dalla scuola di Gamna per identificare la causa del gozzo acuto osservato fra le truppe recentemente (1940-1941) studiando il ricambio idrosalino.

Da molto tempo sono note le influenze esercitate dalla tiroide sul ricambio idrosalino come pure il comportamento degli elettroliti nell'ipertiroidismo. A queste nozioni si ricollega l'azione diuretica dei preparati tiroidei nel mixedema e l'azione diuretica degli stessi preparati anche nell'uomo normale. La tiroxina aumenta l'eliminazione del Na e del Cl, pur lasciando immutata la diuresi. La tiroidina aumenta la cloruria nell'edema di origine renale e cardiaca. Le iniezioni endovenose di cloruro di sodio aumentano la diuresi nel m. di Basedow, mentre la riducono nel mixdema.

Nell'ipertiroidismo alcuni hanno trovato un aumento della cloremia, nel mixedema ipocloremia.

Gli AA. hanno notato nei loro casi poliuria con eliminazione aumentata di cloruro di sodio e questo sarebbe dovuto al flusso di acqua e di NaCl dai tessuti al sangue. Il flusso idrico, ricco di cloruri e di Na, è invece povero di K e questo spiegherebbe la potassiemia tendenzialmente diminuita.

Alla base di tutti i fenomeni registrati sta certamente l'idrofilia diminuita dei tessuti, che è uno dei fattori che più incidono sul metabolismo idrico indotto dall'azione tiroidea.

Il protrarsi della poliuria per un lungo tempo dopo l'insorgenza della sintomatologia (circa due mesi) si deve al fatto che istologicamente il quadro patologico regredisce solo molto lentamente.

Anglesio ha emesso l'ipotesi che il gozzo acuto rappresenti una sindrome polighiandolare, con manifestazioni tiroidee più evidenti delle altre manifestazioni endocrine. L'esistenza di una poliuria durevole fa pensare ad una partecipazione ipofisaria, però contro questa ipotesi stanno i dati del tasso ematico ed urinario degli elettroliti.

Gli AA. ritengono che la poliuria del gozzo acuto sia espressione di un'esaltazione funzionale della tiroide.

L.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

A. SALMON. *Il sistema nervoso vegetativo nella regolazione della veglia e del sonno.* Tip. Studium, Napoli, 1942.

G. PIERI. *Contributo allo studio della fisiologia del sistema nervoso vegetativo nell'uomo.* Tip. Nicolai, Firenze, 1942.

V. PETTINARI. *Quindici mesi di chirurgia di guerra in territorio occupato dal nemico.* L. Cappelli, Bologna, 1942.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

L'assistenza sanitaria della C. R. I.

Nel quadro dell'assistenza sanitaria in tempo di guerra la Croce Rossa Italiana può ben andar fiera di aver contribuito, e di contribuire ogni giorno più con le sue migliori energie, al potenziamento e alla piena efficienza di quella sua vasta opera di umana solidarietà, che il popolo nostro ha così bene imparato ad apprezzare, favorendone i benefici sviluppi con ogni consenso e con il più alto spirito di adesione.

Il popolo, infatti, nella Croce Rossa non vede soltanto l'Istituto che fu sempre presente sui campi di battaglia, al seguito delle truppe Eritree nel 1895, come in Tripolitania nel 1913, in Serbia, in Bulgaria, in Montenegro, in Grecia nella Campagna 1912-13 come in tutte le azioni della guerra mondiale e in quella che ora combattiamo per una più alta giustizia sociale; ma anche l'Istituto, che con il più elevato spirito di abnegazione reca il vantaggio della sua ormai perfetta organizzazione ovunque la sua opera è chiesta, servendo sempre più efficacemente le sublimi idealità umanitarie dell'Italia fascista.

I risultati conseguiti stanno a dimostrare che il programma che nel Decennale il Duce tracciava per la bella Istituzione è stato non solo scrupolosamente attuato, ma rafforzato e fortificato nelle sue strutture, ciò che ne ha permesso l'allargamento del campo di azione.

L'assistenza agli invalidi sfollati.

Il cons. naz. Gianni Baccarini, presidente dell'Opera Nazionale per gli invalidi di guerra, sollecito della situazione in cui vengono a trovarsi gli Invalidi di guerra sfollati dalle località colpite dalla cieca barbarie nemica, ha impartito precise norme e categoriche direttive alle dipendenti Rappresentanze Provinciali dell'Opera, perchè essi non abbiano a subire alcuna sosta nel trattamento assistenziale del quale fruiscono in rapporto alla loro infermità di guerra.

NOTIZIE DIVERSE

Gli attacchi alle navi-ospedale.

I giornali pubblicano:

Il Governo italiano ha manifestato in questi giorni per la via diplomatica la sua profonda indignazione per le continue violazioni delle più elementari leggi di guerra da parte degli aviatori americani i quali pare vogliano elevare a sistema una pratica di guerra che non tiene più conto di quelle considerazioni umanitarie che hanno pure ispirato le convenzioni internazionali dal Governo americano solennemente sottoscritte.

Trascurando le numerose precedenti aggressioni si elencano qui di seguito solo quelle verificatesi in due settimane.

Il 26 aprile u. s. nelle prime ore pomeridiane la nave ospedale « Aquileia », che navigava da Bari a Messina, veniva bombardata da aerei americani in condizioni di visibilità tali da permettere il riconoscimento sicuro della sua qualità.

Il 28 aprile u. s. verso le ore 18 nei paraggi di Capo Bon una formazione di 28 bombardieri americani, dopo averla sorvolata per lungo tempo, bombardava la nave ospedale « Toscana ».

Il 29 aprile la stessa nave « Toscana », completamente carica di feriti e malati, di ritorno dalla Tunisia, veniva di nuovo attaccata da una numerosa formazione aerea americana, con bombe e raffiche di mitragliatrici, le quali colpivano la nave e causavano feriti a bordo. Durante l'attacco la nave comunicava per radio la sua qualità di nave ospedale. Questa comunicazione raccolta dalle stazioni radio di Malta, veniva ritrasmessa in forma di avviso agli aerei americani.

Nonostante tale segnalazione, del resto superflua, gli aerei americani continuavano i loro attacchi.

Il 4 maggio la nave ospedale « Virgilio » veniva attaccata, di mattino, nella rada di La Goletta, in condizioni di piena visibilità, mentre si iniziavano le operazioni di imbarco dei feriti.

Il 5 maggio alle ore 14,45 la nave ospedale « Principessa Giovanna », in navigazione da Tunisi verso la Sicilia con completo carico di feriti, veniva bombardata e mitragliata ripetutamente da aerei americani, che causavano morti e feriti a bordo, nonchè danni alla nave, sulla quale sviluppavasi un violento incendio contenuto con difficoltà.

La frequenza di tali attacchi e le circostanze nelle quali si sono verificati non ammettono alcuna possibilità di errore.

La condotta di guerra dell'aviazione americana fornisce in tal modo nuove e ripetute prove del suo spregio delle Convenzioni internazionali ed offende ogni principio di umanità.

Si ha da Berlino, 10:

Apparecchi anglo-americani hanno attaccato nelle ore pomeridiane dell'8 maggio, tra le 12,15 e le 16,10, la nave ospedale tedesca « Costanz » mentre questa si trovava nella zona di mare a nord di Capo Bon. Per ben quattro volte — a quanto si apprende da fonte militare — i piloti nemici, dopo aver sganciato il loro carico di bombe, si abbassavano sulla nave tedesca che recava ben chiari e visibili i segni distintivi della Croce Rossa e la facevano segno al fuoco dei loro cannoni di bordo e delle loro mitragliatrici.

Sul microscopio elettronico.

All'Istituto Superiore di Sanità il dott. ing. Bode von Borries, realizzatore del modello Siemens del microscopio elettronico, ha tenuto una lezione sui principî che regolano il funzionamento dell'apparecchio e le sue possibilità di applicazione alla ricerca scientifica. L'oratore, dopo avere illustrato le caratteristiche dell'apparecchio, che consente di ingrandire fino a 50 mila volte, ha parlato delle applicazioni di esso nelle ricerche di chimica, batteriologia, biologia. La lezione è stata illustrata da proiezioni cinematografiche e fisse, alcune delle quali realizzate nell'Istituto stesso. Il dott. von Borries si è vivamente compiaciuto dei brillanti risultati in poco tempo ottenuti nell'Istituto Superiore di Sanità con l'uso del microscopio elettronico ed ha ringraziato il direttore dell'Istituto prof. Marotta dell'invito rivoltogli.

Azioni giudiziarie.

La Corte d'Appello di Parigi ha confermato una condanna inflitta dal Tribunale correzionale della Senna, ad un medico oculista, il quale aveva operato un cliente che gli era stato indirizzato da un medico generico a solo scopo diagnostico. Il paziente presentava varie cisti, di natura non precisa, tra cui una al bulbo oculare; l'oculista tentò l'enucleazione di quest'ultima, seduta stante; ma l'intervento non riuscì, in quanto si trattava di una cisti dermoide, come risultò all'esame microscopico, e faceva corpo con uno dei muscoli oculari motori, il quale dovette essere resecato e suturato alla sclera.

Ne seguì uno strabismo, con forte diplopia e riduzione permanente del potere visivo, valutata del 20 %. Il Tribunale correzionale, in esito alle perizie, pronunziò condanna a 100 franchi d'ammenda e 50.000 di risarcimento; la Corte d'Appello ha elevato quest'ultima cifra di 30.000 franchi.

Il « Siècle Médical » — da cui togliamo la notizia — fa notre come 100 franchi equivalgano in realtà a 1200 (probabilmente perchè il valore viene riferito al potere medio d'acquisto nel momento in cui venne effettuato l'intervento). Lo stesso periodico trae, dal fatto, la deduzione pratica che i medici dovrebbero assicurarsi contro i rischi professionali: l'assicurazione non tutela contro le ammende giudiziarie, ma garantisce contro il rischio di dover corrispondere gl'indennizzi.

Un po' dovunque.

Il 5 e 11 aprile si sono adunate a Modena la Società medico-chirurgica e la Società di biologia sperimentale; sono state fatte comunicazioni da G. Fontana, L. Parmeggiani, V. Balli, L. Mattioli, C. Costa, M. Cornel, S. Ferrari, G. Rossi, C. Barbieri, A. Gambigliani, S. Santyan y Velasco.

Il 15 marzo, nei locali della sezione romana dell'Associazione italo-germanica, il console generale Walter Wüster ha tenuto una conferenza sul tema: « Relazioni culturali italo-germaniche di oggi e di domani ».

« Edilizia Moderna », n. 37-38-39, reca le descrizioni illustrate di una Casa della Madre e del Bambino a Genova Sampierdarena, del nuovo ospedale San Martino di Genova e del Nido aziendale « Contessa Giseldi Orsi-Mangelli » di Forlì.

La « Wiener Mediz. Woch. » dell'8 maggio (n. 18-19) dedicata alla medicina italiana; reca lavori di A. M. Dogliotti, T. Lucherini e A. Dalla Volta.

Il Papa ha ricevuto in udienza i dirigenti e il personale dell'Ospedale Militare del Buon Pastore di Roma. Con il direttore dell'Istituto dott. Cogliati Dezza si trovavano gli ufficiali medici e del Corpo amministrativo, le suore e le dame della Croce Rossa che prestano la loro opera a vantaggio dei feriti. Tutti sono stati presentati dal cappellano capo dell'ospedale, padre Di Lorenzo.

Per la prima volta dopo l'armistizio franco-germanico, si è tenuta a Bordeaux, nell'Ospedale Robert-Picqué, una riunione medica franco-germanica. Il dott. Zwicker, capo servizio nell'ospedale, tenne una conferenza sulla radiologia delle vie biliari; seguì una discussione ampia e poi venne deciso di far seguire una dimostrazione clinica, che ebbe luogo il 1° aprile, nel servizio dello Zwicker.

Nell'Università di Aix-Marsiglia si è organizzato un Istituto di biometria umana e di orientamento professionale.

Un bombardamento della regione parigina, effettuato dagli anglo-americani, ha determinato la morte, in circostanze atroci, del dott. Ducastel e della moglie, uccisi nel crollo della loro casa. Il Ducastel era un medico dedicatosi con successo alla poesia e alla letteratura. Gravemente ferito è rimasto il dott. Jean Laurence, nel momento in cui usciva di casa per recarsi ad un posto di pronto soccorso.

Il prof. Vincenzo Mario Palmieri, direttore dell'Istituto di Medicina legale e delle Assicurazioni dell'Università di Napoli, è stato invitato dal Governo Germanico a far parte della Commissione Internazionale di medici legali che hanno proceduto all'esame delle salme degli ufficiali polacchi scoperte nelle fosse di Katyn presso Smolensk; ha contribuito alla redazione del protocollo ufficiale conclusivo e, di ritorno a Berlino, è stato invitato ad esporre le proprie impressioni alla radio, in lingua tedesca ed italiana.

Si ha da Manila che una donna filippina abitante nella località di Gua Gua, nella provincia di Pang-pang, ha dato alla luce sette figli di sesso maschile. Poco dopo la nascita, i sette neonati sono morti.

CORRIGENDA. - Nel fasc. 18, p. 602, « *Nomine, Promozioni ed Onorificenze* », linea 2ª, leggere: dott. Giovanni Brazioli.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Deut. Med. Woch., 22 gen. — STIEGERT. Trattam. della difterite.

Wien. Klin. Woch., 22 gen. — F. FEYRTER. La malattia ipertensiva.

Deut. tropeumed. zeit., 1 gen. — E. THONNARD-NEUMANN. La spleunomegalia nel quadro della malaria cron.

Rif. Med., 2 gen. — L. TORACCA. Per migliorare la circolaz. sanguigna degli arti dopo asportaz. di aneurismi.

Med. Klinik, 29 gen. — Inchiesta sulle fecondaz. artific. — F. HOFF. Cachessia dei fumatori.

Praxis, 28 gen. — H. v. WATTENWEZL. Le emorragie ginecologiche. — F. WYSS-CHODAT. La vit. C in ginecol.

Presse Méd., 23 gen. — P. VALLERY-RADOT e al. Reni policistici.

Settim. Med., 15 nov. — A. GRECO. Trattam. della nefrite con estratto di rene.

Rev. Méd. Suisse Roma, 25 gen. — L. BOVET. L'angoscia.

Deut Med. Woch., 29 gen. — SHREUS. Cremoterapia delle infezioni da anaerobi.

Giorn. di Clin. Med., 20 gen. — C. BIANCHI e P. MOLINARI-TOSATTI. Leucemia monocitica. — G. REGGIANI e N. DI PAOLA. Dopo un centinaio di Jacobacus.

Rif. Med., 9 gen. — A. M. FIAMBERTI. Acetilcolina e scizofrenia. — R. CNOTE MAROTTA. Ormoni sessuali e nefropatie.

Sett. Med. 6 dic — A. PIRAINO. Epidemia d'ittero d'origine idrica.

Min. Med., 6 gen. — Numero sull'apicolisi.

Indice alfabetico per materie

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME L Roma, 24 Maggio 1943 - XXI Num. 21

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL «POLICLINICO» PER L'ANNO 1943

Singoli:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 100	L. 145
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile)	L. 70	L. 80
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 70	L. 80

Cumulativi:	Italia	Estero
(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica)	L. 155	L. 210
(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 155	L. 210
(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chir.)	L. 200	L. 275

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 7; della PRATICA L. 5.

I numeri, che vengono tutti scrupolosamente spediti, se non reclamati entro un mese dalla loro pubblicazione, si rinviano soltanto a pagamento

L'importo dell'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato, *senza tassa*, nel Conto Corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. 5.

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALI RIUNITI DI ROMA
ARCISPEDALE S. GIACOMO - DIVISIONE MEDICA
Prof. A. PARLAVECCHIO, primario

Emorragia cerebrale ed encefalomalacia.

Criteri patogenetici e terapia. Tentativi di applicazione dell'acido nicotinico a scopo vasodilatatore.

Dott. SILVIA CONFORTO

Il problema dell'encefalomalacia, sebbene non ancora risolto, ha subito una profonda evoluzione col volgere degli anni. Mentre prima si faceva una netta distinzione, che nei trattati ancora sussiste, tra emorragia cerebrale da una parte e rammollimento, da trombosi o da embolia, dall'altra, oggi le due sindromi vengono raccordate, quasi unificate per la patogenesi.

Già gli autori antichi (Wernicke, Comte, Virchow e Cohn, Niemeyer e Cantani) avevano avuto il sospetto che in alcuni casi i caratteri distintivi tra emorragia cerebrale e rammollimento non fossero molto netti e che accanto ai casi di emorragia cerebrale per rhexin ve ne fossero altri in cui gli eritrociti fuoriuscivano in notevole quantità dai vasi per diapedesin.

Alcuni fatti poi osservati e riferiti venivano a far vacillare le basi della classica dottrina dell'infarto che serviva a spiegare il rammollimento cerebrale: talvolta a vasi del tutto obliterati non corrisponde un rammollimento e viceversa nel territorio rammollito si possono riscontrare vasi in tutto o in parte pervi, e comunque non si ha sempre un chiaro parallelismo tra lo stato dei vasi e il territorio cerebrale da essi irrorato.

Accade sovente, e non solo in medicina, che la critica facilmente distrugga dottrine faticosamente elaborate, opinioni largamente diffuse e profondamente assimilate: quanto ardua e complessa sia poi l'opera di ricostruzione tutti vediamo; e come per lo più essa si arresti ad una zona neutra — la terra di nessuno

— dove i casi singoli, le varie teorie, le ipotesi e gli esperimenti, continuano a contendersi l'alloro della vittoria.

Così per l'argomento emorragia e rammollimento cerebrale, distrutta la dottrina classica che dalla diversità dei quadri anatomici e dalla individualità dei quadri clinici traeva i motivi per le differenti patogenesi, noi oggi ci troviamo di fronte ad un complesso di elementi ciascuno dei quali merita di essere preso in considerazione per una disamina obiettiva, ma che insieme riuniti lasciano perplessi e piuttosto disorientati.

Dall'anatomia patologica sapevamo che là dove si trova un focolaio rosso-scuro coagulato o poltiglioso in cui si mescolano frammenti di cervello e grumi sanguigni e alla cui periferia si succedono una zona di lacinie di tessuto e piccoli vasi lacerati, una zona infarcita di sangue e una zona di emorragie puntiformi, si parla di emorragia cerebrale, mentre quando si ha l'occlusione di un'arteria si osserva il territorio da questa nutrito, pallido, gelatinoso, aumentato di volume per l'imbibizione sierosa in un primo tempo (fase della necrosi ischemica) oppure, se in una fase più avanzata, semifluido, costituito da prodotti di sfacelo e da cellule granulose sospese in un liquido acquoso (fase del rammollimento). Accanto ai focolai di rammollimento bianco propri della sostanza midollare dove l'irrorazione sarebbe affidata ad arterie di tipo terminale, venivano descritti nella corteccia dove già si ammettevano comunicazioni tra le ramificazioni estreme delle tre arterie cerebrali, focolai di rammollimento rosso dovuti al ristabilirsi di un circolo di compenso, focolai, questi ultimi, che più difficilmente vanno incontro ad una fluidificazione totale e si retraggono invece fino a trasformarsi, in grazia della proliferazione gliale, in cicatrici pigmentate in bruno ruggine.

A questi differenti quadri anatomici corrispondevano due sindromi: quella dell'attacco apoplettico, divenuto sinonimo di emorragia cerebrale, e quella dell'attacco trombotico, soprattutto differenziabili per l'insorgenza improvvisa nell'un caso, lenta e graduale nell'altro, per la diversa compromissione dello stato generale, per il comportamento della coscienza. Tra queste due sindromi si faceva posto all'embolismo, riunito, per il substrato anatomo-patologico, all'encefalomalacia, ma più somigliante alla emorragia per il rapido instaurarsi, per l'assenza di prodromi e per il disturbo della coscienza. I sintomi residuali, paralisi di moto o di senso, sebbene fondamentalmente identici, in quanto espressione della morte di tessuto nervoso, permettevano tuttavia ancora una diagnosi differenziale per la supposta predilezione delle emorragie per i gangli della base, dei rammollimenti per la corteccia.

Differenti anche i dati eziologici e sufficienti, in apparenza, a sostenere le opposte patogenesi. L'arteriosclerosi nei vecchi, l'endoarterite nei giovani, giustificavano il rammollimento trombotico, mentre a spiegare l'embolismo si trovava sempre il dato anamnestico di una infezione reumatica e il reperto clinico di un vizio cardiaco: nell'uno e nell'altro caso la necrosi del tessuto cerebrale. Quindi il rammollimento appariva come conseguenza immediata dell'occlusione del vaso nutritizio. Per l'emorragia due erano i fattori ritenuti indispensabili alla rottura del vaso: l'alterazione della parete vasale e l'aumento della tensione arteriosa. Circa il primo di questi fattori, la dottrina di Charcot e Bouchard teneva il campo quasi incondizionatamente, soltanto opponendosi agli aneurismi miliari le lacune da disintegrazione di Pierre Marie. Riguardo al secondo era ammesso concordemente che gli emorragici sono per lo più degli ipertesi con ventricolo sinistro spiccatamente ipertrofico: un brusco aumento della tensione provoca la rottura, di un vaso già alterato nelle sue pareti.

Che cosa resta oggi di queste dottrine?

L'elemento che sembrava il più importante nel meccanismo della rottura, cioè l'alterazione della parete vasale, consistesse questa alterazione negli aneurismi miliari o nell'ateromatosi, o nelle lacune da disintegrazione, ha perduto terreno. L'osservazione che presso i vecchi, dove con l'arteriosclerosi sarebbero riunite tutte le condizioni atte a provocare l'emorragia cerebrale, questa si verifica raramente, ha portato a concludere che le alterazioni dell'arteriosclerosi, arteriolosclerosi e ateroma, quando ci sono, hanno un valore semplicemente contingente. Gli aneurismi miliari si sono rivelati essere dei falsi aneurismi, ematomi intra- o extramurali, derivanti dalla fusione del sangue uscito dai vasi, conseguenza quindi e non causa prima della rottura vascolare. E le reazioni di tipo infiammatorio che si osservano attorno ai vasi nei focolai emorragici sarebbero dei fenomeni reazionali secondari alla distruzione di una parte del parenchima cerebrale. Si è anche osservato che l'origine del focolaio emorragico è pluricentrica e non monocentrica e che l'emorragia si for-

ma a spese di tutto un albero vascolare. Infine spesso è mancata la dimostrazione delle rotture vascolari.

Frattanto gli studi fisiopatologici hanno fatto molto cammino, e, correggendo alcuni errori, cancellando vecchie concezioni hanno raggiunto, sembra, una svolta decisiva.

La concezione classica di Duret che la circolazione fosse anatomicamente di tipo terminale è stata dalle successive ricerche modificata e poi del tutto distrutta. Heubner, Charpy, Cadiat ecc. hanno dimostrato che soltanto le arterie ottiche e striate sono realmente terminali, mentre quelle che si distribuiscono alla corteccia formano un'ampia rete i cui fini rami compresi nello spessore della pia madre e serpeggianti sulle circonvoluzioni presentano numerose anastomosi. E Pfeifer affermando che « la rete vasale del sistema nervoso forma un continuo » viene ad ammettere anche una interdipendenza tra il circolo corticale e quello basilare.

D'altra parte, riprendendo l'opinione già emessa da Obersteiner nel 1897, poi da Morison, Hubert, Hunter e altri, Stöhr ha portato nel 1922 la prova istologica indiscutibile dell'esistenza di fibre nervose nelle pareti dei vasi cerebrali e ha trovato nelle successive ricerche di Hassin, Penfield, Chorolsky e Tinel, la definitiva conferma.

Sulla funzione di questi plessi nervosi periarteriosi, perivenosi o pericapillari dei vasi della pia meninge e probabilmente anche dei vasi profondi intraparenchimatosi non è stato raggiunto l'accordo. Mentre i fisiologi affermano che le arterie del cervello sono quasi del tutto ineccitabili, mettendo così in dubbio l'esistenza di una vasomotricità cerebrale qualsiasi, la patologia sperimentale rivela giorno per giorno a quante differenti perturbazioni sia sottoposta anche la sezione encefalica del sistema nervoso vascolare (vedi i lavori di Villaret, Justin-Besançon, Cachera, De Sèze, ecc.) costituendo quindi un documento utile per i clinici ai quali la nozione di spasmi vascolari cerebrali appare plausibile in parecchie circostanze della patologia nervosa.

O. Rossi riassume così le più recenti acquisizioni: 1) esistono anastomosi vere e proprie tra le diramazioni delle varie arterie, specialmente ai confini dei rispettivi territori; 2) nella pia madre si trova una rete arteriosa che forma un continuo di vasi i quali possono essere riempiti da ciascuno dei vari tronchi delle arterie del cervello; 3) neppure i vasellini che si approfondano nella sostanza cerebrale hanno disposizione terminale; 4) probabilmente esistono anche comunicazioni tra arterie e vene; 5) le arterie della rete piale sono largamente provviste di strutture nervose per mezzo delle quali esercitano un'azione di regolazione sulla quantità, sulla pressione e sulla distribuzione del sangue.

Da tutti questi elementi negativi e positivi risulta chiaro che non si può più invocare la rottura di un'arteria a spiegazione dell'emorragia, nè la mancanza della irrorazione, conseguenza dell'occlusione vascolare, nei casi di rammollimento. Il problema patogenetivo viene così a spostarsi da una concezione puramente meccanica ad una concezione in prevalenza o del tutto funzionale. Ma la molteplicità delle teorie sta a dimostrare che lungi dall'essere risolto, un tale problema ha soltanto assunto nuova fisionomia.

Riprendendo l'idea in altri tempi difesa da Rochoux e Durand-Fardel i neurologi tedeschi moderni hanno emesso l'ipotesi che l'alterazione causale sia non più nei vasi, ma nel tessuto nervoso che circonda i vasi, e che il sangue esca da questi non per rhexin, ma per diapedesin. Rosenblath pensa che si tratti di veleni ad azione fermentativa ed istolitica di probabile origine renale i quali attaccherebbero dapprima il parenchima nervoso, poi i piccoli vasi, capillari e venule, che, così alterati, consentirebbero al sangue di filtrare e formare tante piccole emorragie puntiformi la cui successiva confluenza porta al focolaio apoplettico.

Westphal e Kroll si discostano dalla concezione di Rosenblath solo in quanto all'azione di ipotetici veleni nefrogeni non dimostrati, sostituiscono lo spasmo arterioso circoscritto che provocherebbe anemia del territorio circostante quindi acidosi e autolisi del tessuto nervoso nonchè alterazione di tutti i vasi: si avrebbe cioè un diffuso processo di angionecrosi con l'identica conseguenza dell'eritro-diapedesi e della formazione di piccoli focolai emorragici.

La constatazione che il sistema vascolare encefalico sia dotato di una rete nervosa e che possa quindi essere sede di fenomeni vasomotori ha indotto in alcuni AA. la convinzione che alla base del processo sia un disturbo della circolazione locale, di natura essenzialmente riflessa. Non sarebbe cioè neppur necessario un processo di angionecrosi o un'alterazione comunque della parete vasale, concomitante o successiva a quella del tessuto nervoso circostante, ma basterebbe a provocare l'eritrodia-

pedesi uno stimolo qualsiasi che colpisca il vaso con l'intermediario della innervazione vasale e provoca il riflesso patologico. Un tale riflesso patologico consisterebbe in un eccitamento dei nervi vasomotori, lo spasmo, o in una inibizione, la paralisi di essi. Schwartz sostiene l'ipotesi dello spasmo ed enuncia così la successione dei fenomeni: spasmo, prestasi, stasi. Alajouanine e Thurel all'opposto non ammettono che uno spasmo, fenomeno transitorio, possa produrre alterazioni tanto gravi e definitive: e poichè le constatazioni anatomiche avrebbero dimostrato che esiste vasodilatazione con stasi, spiegano questa come la conseguenza della paralisi dei vasomotori: non la vasodilatazione arteriosa sarebbe responsabile della stasi ma la vasodilatazione del sistema capillaro-venoso, chè anzi la prima, attenuando le resistenze periferiche, porta ad un aumento della circolazione con iperpulsatilità, mentre è con la seconda che si stabilisce un ostacolo alla circolazione di ritorno. Altri AA. invece tornano ad insistere sul fenomeno angiospasmo come l'unico responsabile di molte sindromi encefaliche.

Secondo tutti questi AA., in conclusione, comunque si esplichi la reazione vascolare, la causa prima sarebbe sempre un riflesso patologico: bruschi dislivelli della tensione arteriosa nella emorragia cerebrale, l'arrivo di un embolo o un processo trombotico nell'encefalomalacia, sono le cause occasionali che scatenano attraverso l'attacco apoplettico o lo choc segmentario, di vicinanza, il riflesso vascolare che sarà la causa determinante dell'eritrodiapedesi, con tutto quel che segue. A seconda del grado dell'eritrodiapedesi si avrà un rammollimento bianco o un rammollimento rosso, quest'ultimo più frequente negli ipertonici. Viene ammessa tuttavia come evenienza eccezionale la rottura vascolare, ma in questi casi, molto rari e a eziologia diversa, si parla piuttosto di ematoma intracranico.

Tutti gli altri casi di emorragia cerebrale, emobolismo e trombosi ripetono un'unica patogenesi e il fondamento anatomopatologico è nell'eritrodiapedesi.

Opinioni però, che come talune opere architettoniche moderne non incontrano il favore di tutti: belle in apparenza ma piuttosto fragili e si ritorna volentieri all'antico, alle solide costruzioni dell'800, alle teorie sorpassate.

Lhermitte cerca di conciliare le varie ipotesi e sostiene che i disordini locali della vasomotilità debbano associarsi ad alterazioni fisico-chimiche del parenchima cerebrale; e in molti lavori recenti, clinici e anatomo-patologici, ritroviamo valorizzata la rottura vascolare come elemento fondamentale dell'emorragia cerebrale. Nei trattati poi, anche i più moderni, non si fa parola di certe dottrine e si seguono i concetti classici con le classificazioni tradizionali.

A chi dunque bisogna credere? E il medico di fronte al malato, nella necessità di istituire una terapia d'urgenza, a quale delle tante teorie dovrà fare appello? Da tutto quello che è stato detto sopra, deriva come corollario che essendo unica la patogenesi, unica dovrebbe essere la terapia: e, a parte la terapia sintomatica, che è strettamente legata alle condizioni del singolo malato, quella causale dovrebbe rivolgersi ai disturbi vaso-motori, fenomeno essenziale di tutta la sindrome. Ma su questo punto le indicazioni non sono chiare. Quegli stessi autori che si sono affannati a distruggere le vecchie teorie e hanno costruito la nuova patogenesi, a base essenzialmente funzionale, arrivati al capitolo della cura, si riportano allo schema classico secondo il quale, a parte le norme generiche diverso è il trattamento per l'attacco apoplettico e per l'encefalomalacia.

A questo riguardo non sembra inutile esaminare rapidamente i vari mezzi finora solitamente in uso nelle alterazioni del circolo cerebrale e cercare di illustrarne, se possibile, il valore al lume delle concezioni patogenetiche antiche e recenti.

Nelle sindromi da emorragia cerebrale la pratica del salasso è consuetudinaria, per quanto al letto del malato non sia sempre facile convincersi dell'utilità di un tale mezzo. Secondo l'opinione dei più la sottrazione rapida e generosa di sangue diminuirebbe la tensione endocranica (risultato, questo, che non dovrebbe essere dei più felici quando l'emorragia è di data recente e quindi la detensione endocranica non potrebbe che favorirne la prosecuzione) e forse anche la pressione arteriosa. A questo proposito chi ha pratica di malati può tranquillamente asserire che anche dopo salassi generosi la pressione si abbassa di poco e l'abbassamento suole assai spesso essere di brevissima durata.

Altri vantaggi attribuiti al salasso sarebbero quelli di diminuire l'iperemia generale nel territorio cerebrale, di aumentare la coagulabilità del sangue, favorendone l'emostasi, di diluire il plasma, di agire sull'ipertensione arteriolare o capillare, o anche sulla stasi venosa, o di esplicare azione antispastica riflessa a tipo vagotonico.

Al contrario, secondo altri autori, i più moderni, questa pratica del salasso deve essere abbandonata non solo come inutile, ma addirittura come nefasta. La deplezione improvvisa e momentanea che segue al salasso porterebbe modificazioni tensionali nelle arterie, vene e liquido cerebrospinale tali da determinare delle rotture d'equilibrio e accentuare quindi l'encefalorragia proprio nel momento in cui questa starebbe per cessare. V'è chi arriva a sconsigliare perfino le sottrazioni di pochi cc. di sangue venoso, pensando che possano per via riflessa provocare una riduzione della pressione periferica e di conseguenza un perturbamento sufficiente per essere nocivo al circolo cerebrale.

In definitiva si può dire che il salasso, prescindendo dalle diverse premesse teoriche in base alle quali viene consigliato o sconsigliato dai vari AA. nelle sindromi da emorragia cerebrale, per quanto largamente praticato non suole sortire mai o quasi mai visibili benefici effetti.

Quanto al sanguisugio alle mastoidi, anche esso poco felice nei risultati immediati e tardivi, Roch obbietta che si tratta di pratica nociva in quanto l'irudina non farebbe che favorire, protraendola, l'emorragia, mentre secondo gli antichi concetti di Bing, Renaut e Richaud il sanguisugio realizzerebbe la decongestione del cervello.

In questi ultimi anni l'autoemoterapia si è imposta all'attenzione dei medici come mezzo di elezione nella cura della trombosi, delle embolie e particolarmente delle emorragie cerebrali. È difficile e forse inutile citare qui i numerosi lavori pubblicati sull'argomento; in linea generale si può dire che il metodo ha numerosi fautori, alcuni dei quali sono addirittura entusiasti dei risultati ottenuti.

Secondo il preconizzatore del metodo, Colella, ed il suo collaboratore Pizzillo, l'autoemoterapia:

1) agirebbe sui focolai, correggendone gli effetti spesso in modo notevole;

2) avrebbe azione emostatica;

3) favorirebbe la guarigione nei casi più acuti (traumi) con emorragia primitiva (?);

4) avrebbe azione curativa e preventiva;

5) servirebbe a differenziare l'emorragia dal rammollimento cerebrale, perchè agirebbe favorevolmente solo nel primo caso;

6) esplicherebbe la sua azione col seguente meccanismo: azione antispastica riflessa, da sostituire al nocivo salasso, perchè abbasserebbe la pressione, aumentando la diuresi;

7) non risponderebbe nelle forme sintomatiche gravi.

*

Kühn dichiara che si tratta di un ottimo mezzo di cura delle emorragie nelle quali diminuisce la tensione endocranica ma non sempre l'arteriosa.

Stando alla nostra modesta esperienza, basata su molte decine di casi trattati nel corso di questi ultimi anni, nella pratica ospedaliera e privata, questi effetti così chiaramente benefici non sono mai stati osservati; ci è sembrato anzi che l'autoemoterapia, pur applicata precocemente, secondo la tecnica indicata, nei casi che clinicamente si presentavano come emorragie cerebrali (e il reperto necroscopico in quei casi che furono seguiti da morte confermò la diagnosi clinica) non abbia influenzato in nessun senso l'evoluzione della sindrome morbosa. Perciò, rimanendo nell'ambito delle nostre osservazioni, si verifica per questo metodo ciò che di solito si verifica per moltissimi altri e cioè che all'entusiasmo subentra prima o poi la delusione.

Ma tornando ai mezzi di cura vantati dagli altri, molti ancora ve ne sono, con diverso criterio informativo consigliati e con diversa fortuna sperimentati. Oltre a quelle norme che sogliono essere consigliate in surrogazione del salasso e del sanguisugio (ventose secche alla nuca, rivulsivi agli arti, ecc.) e che hanno un minimo valore pratico e nessun valore scientifico, non si trascurano mai nella pratica corrente le applicazioni di ghiaccio sul capo per diminuire la iperemia cerebrale, favorire l'emostasi, attenuare la cefalea, e i derivativi intestinali (purganti drastici, clisteri salini). Allo scopo di arrestare l'emorragia favorendo la coagulabilità del sangue, alcuni AA. adottano i soliti emostatici in uso per le emorragie in genere (coaguleno, clauden, sali di calcio, ecc.). Sul meccanismo d'azione degli emostatici abbiamo già a lungo trattato in un recente lavoro sulla cura delle emottisi e a questo rimandiamo. Nelle trombosi è noto come vengano di solito usati gli analettici, i cardiotonici, la posizione declive del capo, ecc. Da questi accenni risulta evidente che l'indirizzo terapeutico, nonostante i tentativi di unificazione delle tre sindromi, emorragia cerebrale trombosi ed embolia, si mantiene nettamente distinto; e domina in ognuno il concetto che quei mezzi di cura che giovano nell'un caso siano dannosi nell'altro.

Si è cercato anche di raggiungere un effetto ipotensivo e vasodilatatore: a tale scopo vengono consigliati i nitriti, i quali agirebbero secondo alcuni sui centri vasomotori e secondo altri avrebbero invece azione periferica. Il loro effetto sarebbe rapido e transitorio e comunque più marcato nella metà superiore del

corpo. Il loro uso viene perciò controindicato nelle emorragie cerebrali. Anche il vischio e l'ipecacuana, nonchè il suo alcaloide (emetina) determinerebbero vasodilatazione e conseguente abbassamento della pressione. L'abbassamento della pressione provocherebbe l'abbassamento della vis a tergo a livello dell'arteria emorragipara, e quindi tenderebbe a circoscrivere il focolaio emorragico. Altri autori consigliano l'uso endovenoso giornaliero di acetilcolina (alla dose di un centigrammo pro die), associata alla autoemoterapia, allo scopo di vincere lo spasmo vascolare che precede o accompagna l'emorragia. Villaret associa la ioimbina e l'acetilcolina con le medesime indicazioni. Altri ancora tendono a combattere il fattore spastico con il benzoato di benzile o con la papaverina.

L'uso dei farmaci ad azione vasomotoria a noi sembrava che potesse trovare, alla luce delle moderne concezioni patogenetiche, una più ampia giustificazione e, diremmo quasi, l'indicazione elettiva. Perchè, se il disturbo del circolo, di natura essenzialmente funzionale, come sopra abbiamo visto, è l'elemento fondamentale scatenante la sindrome encefalica, nulla di meglio che un farmaco il quale potesse provocare una modificazione del tono e del calibro proprio delle arterie del cervello in modo da evitare la stasi il cui effetto ultimo è l'eritrodiapedesi, con la conseguente morte del tessuto nervoso.

Sebbene, secondo le odierne vedute, spasmo e dilatazione paralitica dei vasi ancora si contendano il primato nel meccanismo patogenetico, tuttavia il concetto dello spasmo è più diffuso e comunque sono i vasodilatatori che vengono qua e là più frequentemente consigliati e somministrati; azione diretta sul vaso occluso avrebbero se esiste uno spasmo, azione indiretta, secondo la teoria di Alajouanine e Thurel, in quanto, esercitandosi l'effetto dilatante anche sui vasi collaterali, sarebbe possibile lo stabilirsi di un circolo anastomotico.

Un tentativo terapeutico in tal senso ci è apparso giustificato, a prescindere anche dalle moderne concezioni patogenetiche, in quanto se i vasodilatatori usati temporaneamente, avessero modificato il decorso dell'attacco apoplettico (trombotico o embolico) si sarebbe avuta con ciò una conferma dell'essenza funzionale vasomotoria posta a base delle tre sindromi così unificate. Dall'entità e rapidità dei risultati favorevoli si sarebbe potuto giudicare se l'azione del farmaco era da ritenersi esplicata direttamente a livello del focolaio morboso oppure a carico di quelle turbe vascolari di vicinanza del focolaio stesso. In entrambi i casi l'effetto ultimo sarebbe stato quello di ridurre il danno anatomico ireparabile.

Quale farmaco vasodilatatore abbiamo voluto sperimentare l'acido nicotinico.

Sono note già da alcuni anni le proprietà vitaminiche dell'acido nicotinico (acido beta = piridin = carbonico). identificato col fattore antipellagroso (vitamina PP. facente parte del complesso B). Accresciutasi poi la conoscenza di questa sostanza si è visto che essa possiede un largo ruolo biologico e che le sue applicazioni terapeutiche sono molteplici anche al di fuori delle sindromi carenziali.

Oggetto di particolare interesse è stata l'influenza che l'acido nicotinico e la sua amide esercitano sul sistema cardio-vascolare. È di osservazione comune che somministrando acido nicotinico per via parenterale specialmente, ma anche per via orale, si determina immediatamente arrossamento della cute del segmento cefalico, sensazione di calore al volto, lieve cefalea. Se si ha vasodilatazione periferica, si è detto, perchè non si dovrebbe avere anche vasodilatazione profonda? Sono stati così presi in esame i singoli sistemi vascolari, coronarico, retinico, encefalico, e si sono studiati gli effetti che sulla tensione arteriosa e su quella venosa, sul numero delle rivoluzioni cardiache e sulla velocità di corrente esplicano l'acido nicotinico e la sua amide in rapporto alle dosi e alla via di introduzione del farmaco.

I risultati di tutte queste esperienze non sono concordanti, soprattutto nel senso che le modificazioni indotte sarebbero di una entità notevole e quindi utilizzabili in terapia, secondo alcuni, del tutto trascurabili e lievi secondo altri.

La scuola di Condorelli ha portato il maggior contributo in questo ordine di ricerche e si dimostra favorevole alla inclusione dell'acido nicotinico tra i farmaci vasodilatatori.

I risultati ottenuti possono così riassumersi: iperemia cutanea più accentuata nel segmento cefalico, iperemia di tutti i distretti vascolari interni spiccatamente del cervello e della retina, lieve iniziale abbassamento della pressione arteriosa e fugace aumento della pressione venosa, tachicardia, dilatazione dei vasi coronarici (Scaffidi, Francaviglia, Turchetti, Conti, D'Agostino, Casà e Tita). La diminuzione dei valori pressori lieve (fino a 10 mm. di Hg.) e di breve durata (non oltre 30', 40') sarebbe stata osservata anche da Bernardini e da Sessa mentre Liesch e Bassi riferiscono che per lo più la pressione arteriosa non subisce modi-

ficazioni, talvolta è aumentata, eccezionalmente diminuita. Orru avrebbe trovato sempre un lieve aumento. L'attivazione della circolazione è comunque constatata da tutti, anche nei distretti circolatori interni. Per quale meccanismo però l'acido nicotinico determina questa iperemia non è ben definito. Sessa si è domandato se si abbia dilatazione attiva delle arterie o non piuttosto dilatazione passiva delle vene e Colombo dopo aver esaminato l'effetto del farmaco sui vasi encefalici del cane, risponde che si tratta di una diminuzione del tono degli elementi muscolari lisci delle pareti vascolari.

Indipendentemente dai contributi sperimentali non sono mancati fin dall'inizio i tentativi terapeutici con acido nicotinico nelle più diverse sindromi vasospastiche: nel m. di Buerger (Sessa, Colombo), nella sclerosi a placche (Moore), nelle cefalee ribelli di natura vasospastica (Condorelli), o da anestesia lombare (Traina e Rao), nelle amaurosi spastiche (Condorelli), negli spasmi retinici nel corso di sindromi eclamptiche (Casà e Traina) e infine in alcune sindromi emboliche (Condorelli).

Il presupposto teorico che l'acido nicotinico sia un farmaco ad azione antispastica centrale e periferica e, tra i farmaci vasodilatatori, uno dei più efficaci non ha trovato nei disparati ed opposti risultati clinici una sufficiente conferma. La sua azione inibente sul tono delle piccole arterie sarebbe minima a confronto di altri farmaci ad azione analoga e gli effetti terapeutici sarebbero da imputare non alle singole dosi ma alla azione cumulativa, in quanto ciascuna introduzione sarebbe potenziata da quelle precedenti (Colombo). In talune affezioni in cui pure il fattore spastico vascolare giuoca un ruolo di primo piano (m. di Buerger, m. di Raynaud) non si sarebbe riscontrato alcun beneficio e ad ogni modo le indicazioni terapeutiche nell'ambito delle sindromi vascolari encefalo-spinali non sono ancora definite.

Tuttavia siamo stati indotti a sperimentare anche noi le proprietà antispastiche dell'acido nicotinico, in seguito ai risultati brillanti ottenuti dal Condorelli in cinque casi di occlusione embolica (4 della poplitea e uno della iliaca primitiva): rapida scomparsa della cianosi e della sindrome algica e, in un caso in cui già si erano formate alterazioni necrobiotiche, arresto di queste e avviamento alla riparazione .

Il Condorelli ritiene in base a molteplici considerazioni che la grave sindrome ischemica indotta dalla improvvisa occlusione embolica di un'arteria sia determinata oltre che dalla interruzione della corrente nel vaso trombizzato, anche e soprattutto da uno spasmo diffuso fino ai più fini vasi di un esteso territorio.

Egli scrive: « Indiscutibilmente lo spasmo vascolare diffuso dovuto allo schock embolico provocando il rallentamento o l'arresto della circolazione nei capillari induce quelle alterazioni della permeabilità delle loro pareti a cui consegue la trasudazione dell'edema e successivamente la diapedesi leucocitaria ed emorragica. D'altra parte lo spasmo vascolare diffuso e l'arresto della circolazione nei capillari impedisce ed ostacola in modo gravissimo, ove ne esista la possibilità anatomica, lo stabilirsi di un circolo collaterale che impedisca l'asfissia dei tessuti e le alterazioni dei capillari a cui consegue la formazione dell'edema e delle emorragie ». (Da « Minerva Medica » 1941, n. 31).

Queste considerazioni ci sembrano adattarsi perfettamente a quelle sopra esposte circa la patogenesi della emorragia cerebrale e dell'encefalomalacia e di conseguenza diventano valide le medesime considerazioni terapeutiche.

« L'acido nicotinico attivando la circolazione capillare e risolvendo lo spasmo vascolare nel territorio dell'arteria embolizzata, favorisce rapidamente lo stabilirsi di un circolo collaterale la cui formazione è abitualmente impedita dallo spasmo riflesso determinato dalla improvvisa occlusione arteriosa ».

Perciò casi di embolia cerebrale, di emorragia e di trombosi sono stati egualmente trattati con acido nicotinico (Nicotene Lepetit): in molti di essi la somministrazione del farmaco è stata precoce, quando era da sperare che le alterazioni del tessuto nervoso non fossero ancora definitive. Le dosi sono state press'a poco quelle adottate dal Condorelli: 3-6 ctgr. per via endovenosa e 6-9 ctgr. per via intramuscolare, al giorno; la durata della somministrazione in media tra cinque e otto giorni, a meno che particolari circostanze indipendenti dalla nostra volontà, non l'abbiano abbreviata.

Con una discreta frequenza abbiamo osservato i fenomeni già da altri descritti: arrossamento del volto, sensazioni di calore alla testa e di secchezza in gola, lieve cefalea, fenomeni tutti di breve durata, e d'intensità assai variabile dall'uno all'altro. Al contrario soltanto in

qualcuno dei casi si è rilevato un evidente abbassamento della pressione che però è stato sempre assai fugace.

CASO I. — B. Giovanna, a. 31, ricoverata il 10 ottobre 1941. Viene ricoverata d'urgenza perchè poco prima, per la strada, è stata colpita in pieno benessere, senza perdita della coscienza, da paralisi della metà destra del corpo e perdita della parola. Nell'infanzia ha sofferto di infezione reumatica.

E. O.: Condizioni gravi. Sensorio vigile; emiplegia ed emianestesia destra, paralisi del facciale inferiore omolaterale; afasia totale, scosse tonico-cloniche della metà sinistra del corpo. Riflessi presenti, non riflessi patologici. Sul cuore: 1° tono alla punta vibrato preceduto da rullio e accompagnato da rumore di soffio.

Pr. Art. 110-80; R. W. negativa.

Diagnosi: vizio composto della mitrale con prevalente stenosi. Embolismo del tronco della silviana destra.

Inizia precocemente trattamento endovena col Nicotene Lepetit, che continua per 5 giorni. Nessun miglioramento.

CASO II. — R. Pietrina, a. 55, ricoverata il 10 settembre 1941.

La più di un anno soffre di vertigini, ronzii, cefalea, dispnea da sforzo. Nella notte u. s. è stata colpita da paralisi dell'arto superiore e inferiore di sinistra senza perdita della coscienza. I disturbi di moto si sono istituiti lentamente.

E. O.: condizioni generali gravi. Sensorio, obnubilato, polso teso, duro, di frequenza 76, aritmico per fibrillazione.

Pr. Art. 185-120; R. W. negativa.

A carico del sistema nervoso: emiparesi sinistra completa senza alterazioni della sensibilità, non disturbi del linguaggio, riflessi tendinei presenti, non Babinski. Rigidità nucale e accenno al Kernig. Cuore aumentato in tutti i suoi diametri: 1° tono alla punta accompagnato da rumore di soffio, 2° rinforzato sui focolai della base. Azione totalmente aritmica per fibrillazione.

Diagnosi: miocardio-sclerosi. Fbirillazione auricolare. Emiparesi sinistra da probabile trombosi dei rami centrali della silviana destra.

Inizia trattamento endovena il 12 settembre, con Nicotene Lepetit che prosegue per undici giorni. Già dal 7° giorno si nota che il deficit a carico degli arti di sinistra è quasi totalmente scomparso.

CASO III. — A. Emilia, a. 68, ricoverata l'8 dicembre 1941.

Da tre giorni accusa dolore intenso alla regione dell'ipocondrio e del rene sinistro. Minzione urente.

Obbiettivamente presenta i segni di una miocardite cronica con fibrillazione auricolare, modesto versamento siero-ematico nel cavo pleurico di sinistra, albuminuria modesta ed ematuria microscopica.

Pr. Art. 180-90.

Il 30 dicembre improvvisamente non riesce a muovere il braccio destro e a rispondere alle domande che pur mostra di capire. I riflessi sono normali, la sensibilità è conservata. Tale sintomatologia si attenua nella giornata e scompare rapidamente. Viene tuttavia somministrato Nicotene per alcuni giorni.

Diagnosi: arteriosclerosi generalizzata. Scompenso cronico di cuore con fibrillazione auricolare. Infarto del rene. Embolia del primo e secondo ramo dell'arteria cerebrale media.

CASO IV. — U. Maria Pia, a. 65, ricoverata il 4 novembre 1942.

Poche ore prima dell'ingresso in Ospedale ha cominciato ad accusare parestesie e sensazione di pesantezza all'arto superiore e inferiore di sinistra.

Non perdita di coscienza, logorrea. Successivamente la forza e la motilità a sinistra sono andate diminuendo fino alla completa scomparsa nello spazio di un'ora. Accompagnata d'urgenza al Pronto Soccorso è stata sottoposta a salasso. Quindici giorni prima, accusando ronzii, vertigini, cefalea, aveva fatto misurare la pressione arteriosa e, risultata questa elevata (Mx 200, Mn 100), aveva iniziato cura di Pragmolina e Theonitrol.

E. O.: stato di agitazione psichica con logorrea: normale l'orientamento nel tempo e nello spazio. Deficit del facciale inferiore sinistro ed emiparesi omolaterale con ipertono e accentuazione dei riflessi. Non Babinski. Pupille anisocoriche poco reagenti. Sensibilità conservata.

Pr. Art. 160-80 (dopo salasso).

Diagnosi: trombosi dei rami centrali dell'arteria cerebrale media destra. Inizia trattamento col Nicotene, ma al 3ª giorno viene riportata a casa in condizioni immutate.

CASO V. — G. Serafina, a. 60, ricoverata il 28 novembre 1942.

Il giorno precedente è stata colpita da vertigini cui è seguita perdita della conoscenza. La p. non ricorda altro.

Obbiettivamente: paralisi flaccida dell'arto superiore e inferiore di destra e paralisi del facciale inferiore di destra. Sensorio integro. Sensibilità conservata. Riflessi tendinei assenti. Babinski presente a destra. Pupille uguali normoreagenti. Non deviazione coniugata dello sguardo.

Pr. art. 180-100. R. W. negativa.

Diagnosi: emiplegia destra da probabile trombosi dei rami centrali dell'arteria cerebrale media di sinistra. Viene sottoposta a trattamento con Nicotene, per otto giorni. Non si osserva alcun miglioramento.

CASO VI. — F. Pia, a. 53, entra il 5 aprile 1942.

Poche ore fa la p. ha cominciato ad avvertire parestesie all'arto superiore e inferiore di sinistra; successivamente è comparsa paralisi della metà sinistra del corpo.

Obbiettivamente emiplegia S. e paralisi del facciale inferiore omolaterale. Sensorio integro. Linguaggio conservato. Sensibilità conservata. Riflessi tendinei vivaci, presenza di Babinski a S.

Pr. art 210-120. R W. negativa.

Diagnosi. emiplegia sinistra da trombosi dei rami centrali dell'arteria cerebrale media di destra.

Viene sottoposta a trattamento col Nicotene per otto giorni consecutivi. Nessun miglioramento.

CASO VII. — P. Maria, a. 57, entra il 12 novembre 1942.

Il giorno precedente mentre attendeva al lavoro si è accorta che a poco a poco l'arto superiore destro s'intorpidiva e perdeva di forza. Successivamente ha notato difficoltà nell'articolare la parola. Tali disturbi regredivano quasi subito, per ripre-

sentarsi di nuovo oggi. Chiede quindi ricovero in ospedale.

Obbiettivamente: stato psichico un po' confuso. Linguaggio: afasia parziale a tipo motorio. Lieve riduzione della forza a carico dell'arto superiore di destra e paresi del facciale inferiore dello stesso lato. Lieve iperriflessia all'arto superiore destro. Pupille uguali poco reagenti. Non riflessi patologici. Tono e sensibilità normali.

Pr. art. 255-100.

Diagnosi: afasia motoria e paresi facio-brachiale da trombosi del I ramo dell'arteria cerebrale media. Viene sottoposta a trattamento col Nicotene. La pr. art. si porta a 180-90, ma i disturbi del linguaggio e la paresi persistono immodificati.

CASO VIII. — C. Duilio, a. 55, ricoverato il 15 gennaio 1942.

Circa quindici giorni fa avvertì un senso di pesantezza alla gamba e al braccio destro che successivamente si è aggravato. Cinque giorni fa la deambulazione divenne quasi impossibile.

E. O. Condizioni generali discrete. Sensorio vigile. Linguaggio conservato. Emiplegia destra con ipotonia muscolare. Riflessi deboli. Sensibilità conservata.

Pr. art. 130-90. R. W. negativa.

Viene sottoposto all'autoemoterapia senza alcun giovamento. Dopo un mese circa dall'ingresso in ospedale, improvvisamente il p. perde la conoscenza; seguono disturbi della parola nel senso che non risponde alle domande e dimostra di non afferrare i comandi. Tali disturbi scompaiono in poche ore. Viene tuttavia sottoposto a iniezioni di Nicotene.

Diagnosi: aterosclerosi cerebrale, emiplegia destra da trombosi dei rami centrali dell'arteria cerebrale media.

CASO IX. — R. Paolino, a. 71, entra l'8 maggio 1942.

Improvvisamente mentre si trova per la strada è colpito da ictus.

E. O. Condizioni generali gravi. Sensorio ottuso. Cute pallida. Polso di frequenza e tensione aumentato, aritmico per extrasistoli. Deficit del facciale inferiore di sinistra. Paralisi flaccida dell'arto superiore sinistro, ipertonia dell'arto inferiore omolaterale con riflesso achilleo vivace e Babinski. Pupille midriatiche, la S. reagisce poco. Incontinenza di urine e feci. Sensibilità assente.

Pr. art. 225-120. R. W. negativa.

Diagnosi: aterosclerosi cerebrale, emiplegia destra da probabile emorragia dei rami centrali della silviana.

Terapia: sanguisugio alle mastoidi e Nicotene che sospende dopo otto giorni non avendone tratto alcun giovamento.

CASO X. — C. Calogero, a. 51, ricoverato il 23 novembre 1941.

La moglie riferisce che il p. è stato colpito da improvviso dolore alla guancia sinistra e immediata perdita della coscienza. Sono stati notati movimenti convulsivi.

E. O. Stato di coma: volto congesto, respiro stertoroso, ipotonia accentuata degli arti di sinistra, ipertonia a destra, specialmente all'arto inferiore. Deviazione coniugata dello sguardo. Pupille miotiche scarsamente reagenti. Riflessi esagerati a destra, normali a S. Babinski a D., non Oppenheim.

Pr. art. 175-80. R. W. negativa anche dopo riattivazione.

Diagnosi: emiplegia destra da emorragia cerebrale.

Terpia: sanguisugio alle mastoidi e Nicotene. Scompare lo stato di coma, permane l'emiplegia D.

CASO XI. — S. Mimmo, a. 38.

Il p. è affetto da endocardite maligna lenta. Durante una crisi febbrile è colpito, in piena coscienza, da paralisi motoria e sensitiva della metà destra del corpo e perdita totale del linguaggio.

Diagnosi: embolia del tronco della silviana di sinistra in soggetto affetto da e. l.

Sottoposto subito a terapia di Nicotene, non si osserva alcun miglioramento.

CACO XII. — M. Camilla, a. 78, ricoverata il 22 gennaio 1942.

Quattro giorni fa improvvisamente perdita della coscienza. È residuata paralisi della metà sinistra del corpo.

All'ingresso in Ospedale presenta sensorio ottuso, paralisi del facciale inferiore di sinistra, paresi degli arti superiori e inferiori dello stesso lato, con ipertono e riflessi esagerati. Non Babinski. Il sensorio della p. non permette di mettere in evidenza particolari disturbi della sensibilità.

Pr. Art. 170-90.

Diagnosi: emorragia capsulare.

Sottoposta a cura di nicotene, migliora lo stato generale ma rimane immodificata la paralisi. Un mese dopo improvviso aggravamento dello stato generale e morte in coma.

Reperto autoptico: vecchia cisti da rammollimento in corrispondenza dei nuclei della base destra.

CASO XIII. — M. Domenico, a. 67, ricoverato il 25 agosto 1942.

Da tre giorni ha notato difficoltà nel compiere i movimenti dell'arto superiore di sinistra.

Presenta: paralisi flaccida dell'arto superiore e inferiore di sinistra, paralisi del facciale omolaterale. Abolizione della sensibilità, sensorio torpido.

Pr. Art. 145-105. R. W. negativa.

Inizia trattamento col nicotene. Al settimo giorno compare febbre accompagnata da dispnea e cianosi: morte col quadro della bronco-polmonite.

Diagnosi clinica: trombosi dei rami centrali dell'arteria cerebrale media.

Diagnosi anatomica: Rammollimento emorragico sottocorticale destro.

CASO XIV. — F. Isidoro, a. 73, ricoverato il 29 giugno 1942.

I parenti riferiscono che quattro giorni fa il p. ha cominciato a trascinare la gamba destra nel cammino, quindi sono comparsi diminuzione della forza e difficoltà dei movimenti dell'arto superiore destro e disturbi del linguaggio. Da due giorni incontinenza di feci e urine.

Obbiettivamente: Condizioni generali gravi. Sensorio ottuso. Afasia totale. Pupille miotiche bene reagenti. Riflessi e sensibilità dolorifica conservati.

Pr. Art. 140-85. R. W. negativa.

Viene trattato col Nicotene. Il 9 luglio, febbre elevata, il giorno successivo obitus.

Diagnosi clinica: trombosi del tronco della silviana S.
Diagnosi anatomica: emorragia sottodurale con compressione dell'emisfero sinistro. Edema cerebrale.

CASO XV. — B. Maria, a. 79, ricoverata il 30 aprile 1942.
Da circa un anno soffre di vertigini, vampate di calore, cefalea. Questa mattina la p. è caduta in terra, senza perdere la coscienza. Aiutata a rialzarsi le è riuscito impossibile reggersi in piedi.
E. O.: Condizioni generali molto gravi. Sensorio torpido. Linguaggio stentato. Respiro di Cheyne-Stokes. Polso teso, duro, ritmico, di frequenza 86.
Paralisi del facciale inferiore S. ed emiplegia S. Sensibilità ottusa. Riflessi assenti. Babinski a S.
Pr. Art. 200-110.
Inizia Nicotene. Morte al terzo giorno.
Diagnosi clinica: Emorragia cerebrale.
Diagnosi anatomica: Spappolamento dei nuclei della base di destra con inondazione ventricolare.

CASO XVI. — C. Gustavo, a. 67, entra il 3 aprile 1942.
Da circa un anno soffre di disturbi da ipertensione arteriosa, per cui ha praticato cure ipotensive. Ieri improvvisamente ha avvertito che la forza nel braccio D. era diminuita e così alla gamba dello stesso lato al punto da rendere impossibile la stazione eretta. Non ha perduto la coscienza.
All'esame obbiettivo d'ingresso le condizioni generali si presentano discrete, il sensorio è vigile. Si nota deficit del facciale inferiore di sinistra e diminuzione della forza muscolare e del tono nell'arto superiore e inferiore controlaterale. Inoltre abolizione della sensibilità tattile, termica e dolorifica all'arto superiore di destra. Incontinenza di feci e urine.
Pr. Art. 200-100.
Diagnosi clinica: Sindrome alterna pontina da probabile trombosi in aterosclerotico.
Il malato peggiora rapidamente e muore al 5° giorno coi segni di una bronco-polmonite. Anche qui il Nicotene non ha esercitato alcuna azione sul quadro neurologico.
Al tavolo anatomico si è riscontrato: iperemia ed edema cerebrale.
Leptomeningite emorragica diffusa. Focolai emorragici multipli in corrispondenza del ponte.

La esposizione, per quanto schematica dei casi ci risparmia dal trattenerci a lungo sull'effetto dell'acido nicotinico nelle sindromi vascolari encefaliche.

In sedici casi, di cui, in base alla diagnosi clinica, tre risultavano di embolia, nove di trombosi e quattro di emorragia, soltanto in tre, — il II, il III, l'VIII — la sintomatologia cerebrale è regredita rapidamente, mentre negli altri tredici non si è osservata alcuna modificazione nel susseguirsi dei sintomi, nessun arresto nell'evoluzione, fatale in cinque casi, della malattia, nessuna riparazione del danno arrecato dal disturbo vascolare al tessuto nervoso.

Dei tre casi favorevoli due hanno migliorato prima ancora della somministrazione del Nicotene e possono quindi essere eliminati dalla nostra casistica in quanto classificabili, piuttosto che tra le embolie o le trombosi, tra le così dette eclissi cerebrali degli AA. francesi, episodi transitori nel corso di crisi ipertensive e sostenuti da probabili spasmi vascolari: sulla scomparsa dei quali, comunque, l'acido nicotinico non ebbe parte alcuna.

Riferendoci ai rimanenti casi, dobbiamo perciò concludere che o l'acido nicotinico non è un vasodilatatore sufficientemente energico ed elettivo del distretto cefalico, o, con più probabilità, che il fondamento patogenetico della trombosi, dell'embolia e dell'emorragia cerebrale non è in un disturbo di circolo esclusivamente o prevalentemente funzionale, per lo meno del tipo angiospastico; a meno che non si voglia ammettere l'elemento spastico come fattore iniziale e transitorio cui segue rapidamente l'irreparabile alterazione del tessuto nervoso. In questo caso non solo viene ad essere sminuita l'importanza fondamentale dello spasmo nella patogenesi dell'affezione cerebrale acuta, ma si viene ad ammettere (e così pare in realtà) la tardività e quindi l'inutilità di ogni terapia.

Ad ogni modo un'affermazione che ci riporta agli schemi classici distruggendo quindi tutte le dottrine moderne, non può avere un valore assoluto: perchè già dall'esame dei nostri casi — in tre di essi l'autopsia ha rivelato l'errore diagnostico — e meglio ancora dalla osservazione di ogni giorno risulta come i confini fra le tre sindromi non siano netti e precisi e la diagnosi differenziale non sempre sia facile e sicura.

Se per la diagnosi di embolia ci aiuta il ritrovare nell'organismo una sorgente dell'eventuale embolo, quante emorragie non vediamo instaurarsi lentamente in soggetti aventi anche pressione arteriosa normale e quante trombosi invece in individui ipertesi, pletorici, e quante volte una sindrome da occlusione e da rottura di una arteria risulta poi al tavolo anatomico sostenuta solo da iperemia ed edema del cervello? Quindi di fronte alla diagnosi e particolarmente alla diagnosi differenziale spesso c'è da rimanere perplessi.

Ciò che dimostra come, se pure le tre sindromi non possano essere del tutto ricondotte ad un unico concetto funzionale, tuttavia il tentativo di unificarle o almeno di ravvicinarle l'una all'altra sia giustificato dalla clinica e dall'anatomia patologica.

Attualmente però bisogna riconoscere che un tale tentativo non ha condotto gli studiosi alla

meta ultima, quella cioè di fornire al pratico un sicuro ed utile indirizzo terapeutico il quale possa sortire effetti più benefici degli altri classici fin qui usati ed ispirati alle vecchie dottrine che le nuove tendono a scalzare.

In definitiva quindi il medico è combattuto fra l'allettamento del nuovo e la suggestione delle vecchie teorie all'ombra delle quali è cresciuto, e che finirebbe anche col ripudiare, specialmente se nel nuovo trovasse quanto basta per portare un più efficace aiuto ai suoi pazienti i quali però debbono finora rassegnarsi ancora alle sue antiche e problematiche cure.

RIASSUNTO.

Delle due grandi sindromi, emorragia cerebrale ed encefalomalacia, vengono brevemente riassunte le diverse concezioni patogenetiche e i molteplici metodi di cura. Riferendosi alle teorie più recenti che interpretano le suddette sindromi come espressione di una turba funzionale, è stato sperimentato l'uso dell'acido nicotinico di cui sembra dimostrata l'azione vasodilatante specialmente sul distretto cefalico, in 16 casi, di cui 4 di emorragia cerebrale, 9 di trombosi e 3 di embolia. La inefficacia di tale tentativo terapeutico porta a concludere che o l'acido nicotinico non è un vasodilatatore sufficientemente energico ed elettivo del distretto cefalico oppure il fondamento patogenetico di queste sindromi non è in un disturbo di circolo esclusivamente o prevalentemente funzionale, per lo meno di tipo angiospastico.

BIBLIOGRAFIA

ALAJOUANINE e THUREL. XV Réunion Neurologique Internationale, 1936.
ATKINSON. I.A.M.A., 1941.
BABONNEIX. Gazette des Hôpitaux, 1939.
BARRÉ. Revue Neurologique, 1934.
BEAN W. B. *Spies D. T.* I.A.M.A., 1940.
BERNARD. La Presse Médicale, 1934.
BERNARDINI R. Riv. di Pat. Sper., 1940.
BERTHOUMEAU e CUGNET. Concours médical, 1939.
BONCIU. Revue Neurologique, 1935.
CASÀ G. Atti Congresso Soc. Oftalm. Ital., 1939.
CECONI. *Medicina Interna.* Ed. Minerva Medica, 1937.
COLELLA e PIZZILLO. Minerva Medica, 1940.
COLOMBO. Atti Acc. Med. Lombarda, 1941.
CONDORELLI. Minerva Medica, 1941.
CONTI F. e TURCHETTI A. Boll. Soc. Med. Chir., Catania, 1935.
CUNY L., GAYET, HALLION T. e QUIVY G. C. R. Soc. Biol., 1940.
DEELMANN. Revue Neurologique, 1934.
DONZELOT. La Presse Méd., 1941.
DURAND. La Presse Méd., 1939.
DUVAL, LHERMITTE, VERNES. Revue Neurologique, 1935.
FUMAROLA. *Diagnostica Mal. Sist. Nervoso.* Ed. Pozzi, 1926.
HUGUENIN. Revue Neurologique, 1934.
GALAN I. C., LAVARELLO A. Prensa Medica Argentina, 1939.
JACOB e BROCARD. Rev. de la tuberc., 1935.
KAUFMAN. *Anat. Pat.* Ed. Vallardi, 1929.
KÜHN. Minerva Medica, 1941.
LHERMITTE. Revue Neurologique, 1934.
LIESCH e BASSI. Acc. Medico Fisica Fiorentina, 1940.
MATTIROLO. *Mal. Nervose.* U.T.E.T., 1941.
MESSINI. *Terapia Clinica.*
ORRU. Arch. Scien. Biol., 1939.
PAULIAN e BISTRICEANU. La Presse Méd., 1935.
ID. ID. Revue Neurologique, 1935.
PARLAVECCHIO e CONFORTO. Tubercolosi, 1942.
RISER. XV Réunion neurologique intern. 1936.
ROCH. Masson, 1934.
ROGER. Marseille Médicale, 1932.
ROSSI. Riv. Pat. Nerv. e Mentale, 1934.
RONDELLI. Minerva Medica, 1937.
SCAFFIDI e D'AGOSTINO. Riv. Pat. Sperim., 1939.
SCHWARTZ. Revue neurologique, 1934.
SEBRELL e BUTLER. J. Amer. Med. Assoc., 1938.
SELVINI. Arch. Ital. Anat. Istol. pat., 1939.
STRÜMPELL. *Pat. Spec. med. e terapia.* Ed. Vallardi, 1928.
VILLARET e CACHERA. *Les embolies cérébrales*, 1939.
VILLARET, JUSTIN-BESANÇON, CACHERA e DE SÈZE. XV Réunion neurologique int., 1936.

OPERA PRINCIPESSA DI PIEMONTE
ISTITUTO DIAGNOSTICO DI REGGIO CALABRIA

La cura dell'anchilostomiasi.

(Risultati pratici dopo 15 anni di lotta)

PIETRO TIMPANO

La grande diffusione dell'anchilostomiasi in tutto il mondo e i notevoli danni che produce nell'organismo umano e sulla economia delle nazioni, ha indotto non pochi studiosi a sperimentare diversi rimedi per combattere presto ed efficacemente l'infestazione.

I farmaci ordinariamente adoperati sono: il timolo, il felce maschio, l'olio di chenopodio, il cloroformio, il tetracloruro di carbonio, il tetracloro-etilene, il chenopodio associato al tetracloruro di carbonio (Bedermin).

Dal 1927 in poi ebbi occasione di sperimentare largamente i rimedi indicati ed oggi ritengo non inutile raccogliere le osservazioni fatte con la massima obbiettività, sperando così di contribuire al chiarimento e forse anche alla risoluzione del problema terapeutico di grandi masse d'infestati, come si trovano, per esempio, nelle zone irrigue della Prov. di Reggio Calabria, giacchè la cura di pochi casi, fatta ambulatoriamente o in ospedale, non può mettere in imbarazzo il medico sulla scelta del rimedio.

Timolo. Il timolo, somministrato a digiuno alla dose di 4 gr. al giorno in cachet di mez-

zo grammo, uno ogni ora, per tre giorni consecutivi e seguito alla fine da un purgante salino, riesce efficace, ma provoca facilmente disturbi a carico dello stomaco: bruciori, eruttazioni, nausee, vomito. Negli ammalati di cuore, di reni, di fegato e nei dispeptici dovrebbe essere controindicato.

Il prodotto, giova notarlo, dev'essere puro, secco, finemente e di recente polverizzato, altrimenti non solo provoca disturbi, ma non riesce efficace. Non si presta per la cura e la profilassi di un gran numero d'infestati.

Felce maschio. L'estratto etero di felce maschio, in capsule o sospeso in emulsione gommosa dolce, somministrato alla dose tenifuga e ripetuta dopo quattro giorni, si è dimostrato efficace in molti casi, ma in molti altri non si è ottenuta la completa deparassitizzazione. Inoltre ha provocato spesso disturbi, specie nei bambini, negli individui molto deboli o affetti da grave anemia.

Se non è fresco, perde del tutto la sua azione antielmintica. Neppure questo rimedio si presta per le cure in massa.

Chenopodio. Si adopera l'olio essenziale di chenopodio alla dose di 10-15 gocce in acqua zuccherata ogni ora o ogni due ore per tre volte. Dopo due ore dalla somministrazione, un purgante salino. Ha dimostrato un'azione assai incostante contro l'anchilostoma duodenale e non è adatto alle larghe cure ambulatorie.

Cloroformio. Il cloroformio si somministra mescolato all'olio di ricino gr. 4 su 40 di olio di ricino o in capsule. È efficace, ma dà luogo a disturbi, specialmente nei bambini, negli anziani e nei febbricitanti. Dev'essere purissimo e non invecchiato, altrimenti oltre ad arrecare disturbi, perde la sua azione. Dopo la somministrazione è consigliabile il riposo. Non si presta per la cura dei lavoratori sparsi nelle campagne.

Tetracloruro di carbonio. Il tetracloruro di carbonio, che io introdussi per primo in Italia nel 1927 (vedi Il Policlinico, Sez. pr. 1929) per la cura e la profilassi dell'anchilostomiasi, è attualmente il più usato. Tuttavia questo metodo curativo, già molto diffuso all'estero, nei primi tempi ha dato luogo a discussioni e a pareri discordi. Ricordo ancora l'esperimento fatto dal Prof. Ragazzi nella cascina Mojetta nel 1931. Egli non rimase entusiasta delle capsule di tetracloruro di carbonio nè dal punto di vista della cura nè da quello della tolleranza, ed io fin d'allora trassi argomento per continuare ed estendere gli esperimenti. Quindici anni di lotta contro l'anchilostomiasi nella Prov. di Reggio Calabria, mi hanno consentito di rendermi ragione di taluni insuccessi osservati da vari studiosi e anche da me, e dei numerosi successi riconosciuti ormai da tutti coloro che hanno adoperato e adoperano il tetracloruro di carbonio.

Prima di tutto è necessario che il farmaco sia puro (e oggi più che nel passato è possibile ottenerlo puro), incolore e non vecchio.

In secondo luogo dev'essere ben dosato. In molte prove di dosaggio ho potuto constatare che il tetracloruro di carbonio contenuto nelle capsule del commercio spessissimo non rispondeva alla quantità dichiarata dalle Ditte. In terzo luogo le capsule devono essere confezionate con gelatina pura, devono essere poco spesse, quasi trasparenti, elastiche, facilmente solubili. Molti degl'insuccessi terapeutici lamentati sono da attribuirsi al difetto di dosaggio e alla cattiva qualità delle capsule. Io ho visto casi nei quali capsule di tetracloruro di carbonio erano state eliminate intere.

In quarto luogo è necessario assicurarsi che l'infestato non sia abitualmente stitico, nel qual caso è indicato un purgante salino due ore dopo la somministrazione delle capsule, o che non soffra di grave dispesia gastro-intestinale o di alterazioni epatiche o renali, per cui occorra andar cauti nella somministrazione del rimedio e nelle dosi. Si eviteranno durante la cura i grassi e gli alcoolici.

Quando il tetracloruro di carbonio è puro, le capsule sono bene confezionate e contengono la esatta dose terapeutica e si tien conto delle indicazioni accennate, la somministrazione di 4 capsule da gr.: 1,20 per gli adulti e di gr. 0,60 per iragazzi, ripetute a distanza di 4 giorni, è più che sufficiente per la disinfestazione e non provoca disturbi degni di rilievo. Ma qualche volta, anche prendendo tutte le precauzioni, disturbi più o meno importanti possono insorgere. Ma quale farmaco, anche fra i non eroici, non è capace talora di dare disturbi? Le eccezioni non tolgono nulla alla regola.

Si registrano, oltre ai casi di lieve intolleranza, dei casi di vera e propria intossicazione, e anch'io ne ho osservato alcuni. (« Il Policlinico », Sez. pr. 1939 » - « Rinascenza Medica » N. 2 1940). Dalle accurate indagini anamnestiche ho potuto però stabilire che o si erano somministrate dosi eccessive di tetracloruro di carbonio (per es. 20 e più capsule da gr. 1,20 in 10 giorni, con dieta ordinaria e abusando di vino) o non si era tenuto conto di gravi lesioni epatiche e renali preesistenti.

Ma anche in queste ultime evenienze la dose terapeutica era stata di molto sorpassata contro il consiglio del medico.

Dei profilassati col tetracloruro di carbonio (somministrazione di una dose curativa da ripetere dopo un mese) nessuno si è lamentato di disturbi e il risultato è stato ottimo.

È opportuno qui ricordare che la profilassi dell'anchilostomiasi in molte zone rurali non si può fare come si fa negli ambienti ristretti: cantieri, gallerie ecc. L'impianto di latrine mobili, la disinfezione delle feci, l'obbligo di portare le scarpe ,l'istituzione di numerosi ambulatori, non è cosa praticamente facile nelle vaste zone rurali colpite dall'anchilostomiasi. Quivi la profilassi è principalmente chimica. Poichè l'anchilostomiasico, come ebbi già ad osservare, può avere contaminato la terra e l'acqua prima di essere sottoposto alla cura, è necessario provvedere anche alla profilassi dei familiari e di tutti coloro che lavorano nelle vicinanze del primo focolaio d'infestazione.

Concludendo: tra i rimedi adoperati nella lotta contro l'anchilostomiasi, il tetrocloruro di carbonio puro, in capsule gelatinose ben confezionate, somministrato alle dosi terapeutiche accennate e seguendo le istruzioni generali, riesce molto efficace ed è di facile impiego per la cura e la profilassi di grandi masse d'infestati. La sua efficacia è tale da controbilanciare assai largamente i rischi d'intolleranza e i rari accidenti d'intossicazione che in genere vengono superati. Oltre a questi vantaggi, ha pure quello importantissimo di essere a buon mercato.

Tetracloro etilene. È stato introdotto da Hall e Schillinger nella terapia dell'anchilostomiasi degli adulti e dei bambini. Si somministra alla dose di 3 gr. al giorno per 3 giorni, a digiuno, un grammo ogni ora. Al 3° giorno, 3 ore dopo l'ultima dose, si dà un purgante salino.

Il preparato alle volte dà un senso di ebbrezza, ma in generale viene ben tollerato e si dimostra efficace. Si richiede dosatura esatta, riposo degli ammalati dopo la somministrazione ed è indicato un purgante salino. È abbastanza costoso. Pertanto il suo impiego è più facile negli ospedali.

Bedermin. Per diminuire o evitare i rischi di intolleranza del tetacloruro di carbonio, che, come ho detto, è il più comunemente usato, in America e in Germania molti associano l'olio essenziale di chenopodio. Questa miscela consente di diminuire la quantità del tetracloruro. La dose per gli adulti è di 6 capsule da gr. 0,60, data una sola volta, la mattina a digiuno, seguite tre ore dopo da un purgante. (Bedermin). Anche per questo preparato si consiglia molta cautela nelle persone deboli, cardiache ed epatiche.

L'esperimento da me fatto in molti casi di anchilostomiasi mi ha dato risultati soddisfacenti in alcuni, ma in altri la disinfestazione non è stata completa.

Conclusioni: Tra i rimedi sperimentali per la cura in massa degli anchilostomiasici e per la profilassi nelle zone rurali, le capsule di tetracloruro di carbonio sono da preferirsi per la loro efficacia, per il loro facile impiego e per il loro basso costo. Naturalmente si richiede che il farmaco sia puro ed esattamente dosato e che le capsule siano ben confezionate.

RIASSUNTO

L'a., in base all'esperienza acquistata in 15 anni di lotta contro l'anchilostomiasi, riporta le osservazioni fatte nell'impiego dei rimedi più in uso per la cura di detta infestazione e pertanto ritiene che il rimedio da preferirsi per la cura e la profilassi di un gran numero di infestati sparsi nelle zone rurali è dato dalle capsule di tetracloruro di carbonio, purchè la purezza e il dosaggio del medicinale e la buona confezione delle capsule siano assicurate.

SUNTI E RASSEGNE

CUORE E CIRCOLAZIONE.

La dinamica del cuore.

(W. WEITZ. *Deut. Mediz. Wochenschr.*, 5 marzo 1943).

Le contrazioni del muscolo cardiaco e quelle dei muscoli scheletrici ubbidiscono alle stesse leggi. La contrazione del miocardio è una contrazione da ipercarico: in queste contrazioni la tensione del muscolo è, all'inizio della contrazione, più debole che la resistenza da superare. Alla fine della diastole la pressione nel ventricolo sinistro è molto inferiore alla pressione nell'aorta. Il muscolo contraendosi, aumenta anzitutto la sua tensione, fino a che questa corrisponde alla resistenza da superare: quindi esso si accorcia. La contrazione è dunque prima isometrica, quindi isotonica. Nel muscolo scheletrico l'effetto della contrazione è tanto maggiore, quanto più è alta la tensione iniziale: se al muscolo si appende un peso, l'effetto è tanto maggiore quanto più il peso allunga il muscolo, ossia quanto più esso è pesante. Il peso più grande allunga di più le fibre muscolari che contraendosi producono un maggiore effetto. Nel muscolo cardiaco invece, la tensione aumentata non allunga le fibre muscolari ma ne altera la disposizione: fibre prima disposte parallele si mettono una dietro l'altra, lo spessore del miocardio quindi si assottiglia. In tali condizioni un riempimento maggiore del cuore ha dapprima un effetto favorevole, poi oltre un certo limite, un effetto dannoso per la funzione. Infatti un riempimento superiore al normale allunga solo le fibre del miocardio (migliore funzione contrattile) mentre al di là di un dato limite le fibre cambiano disposizione. Un riempimento di medio grado del cuore è dunque quello che dà il maggiore volume del battito cardiaco. In condizioni normali il cuore si contrae con un riempimento minore di quello ottimo: se un segmento, p. es. il ventricolo sinistro, deve superare una resistenza aumentata, a tutta prima diminuisce il volume del battito cardiaco, il che produce, rimanendo l'afflusso invariato, un aumento del contenuto ventricolare che diventa « ottimo » rendendo così possibile al cuore di ripristinare nonostante l'aumentata resistenza, l'originario volume del battito. La differenza tra il riempimento abituale e quello ottimo del cuore è ciò che comunemente si chiama la forza di riserva del cuore. Un cuore indebolito che incontri resistenze normali si comporta come un cuore normale che incontri resistenze aumentate: esso ha bisogno di un maggiore riempimento, che si deve avvicinare alla misura « ottima ». Un certo grado di dilatazione favorisce quindi il compenso. Venendo meno il compenso sorge il pericolo che il riempimento del cuore sorpassi la misura ottima e la funzionalità ne risulti diminuita. La ipertrofia del miocardio ha per conseguenza un aumento del riempimento ottimo, aumenta quindi la forza di riserva del cuore o la ridà di nuovo al cuore dilatato.

Due fatti clinici confermano la supposizione che un forte riempimento del cuore sia più dannoso che un riempimento medio: il pericolo di insufficienza del cuore indebolito se si praticano trasfusioni abbondanti, e i buoni risultati che si ottengono col salasso nella insufficienza del ventricolo sinistro che si manifesta con iperestensione dello stesso edema polmonare. I salassi devono essere molto abbondanti, di 800-1000 cmc. P.

Sui fattori influenzanti le variabilità dei blocchi cardiaci.

(L. CROSETTI. *Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino*, dicembre 1942).

E' noto che i disturbi di conduzione del cuore possono presentare, sia spontaneamente sia sotto l'azione di stimoli di varia natura, variazioni notevoli dell'entità e delle modalità del blocco.

Un caso di blocco atrio-ventricolare con manifestazioni sincopali tipo Adams-Stokes permette all'A. di discutere l'azione di alcuni fattori capaci di influenzare la variabilità degli stati di blocco. Si tratta di un paziente di 66 anni, strenuo etilista nel passato, che soffriva di frequenti e gravi accessi di Morgagni-Adams Stokes della durata di 5"-20". Di fronte a tale grave sintomatologia clinica e tenendo presente la benefica azione delle sostanze ad azione adrenalino-simile nei blocchi totali ad etiologia altero-sclerotica, Crosetti ha somministrato al p. efetonina per via orale (20 ctgr. in 4 assunzioni). Già la mattina del giorno successivo a quello in cui tale terapia era stata iniziata, si poteva constatare un notevole mutamento nelle condizioni del paziente: gli accessi si ripetevano più raramente e la frequenza del polso, che il giorno precedente era di 24, saliva a 48. Nei giorni successivi le condizioni del p. continuavano a migliorare tanto che egli poteva lasciare la Clinica, dopo che ripetuti controlli ecg avevano invariabilmente dimostrato la persistenza di uno stato normale della conduzione atrio-ventricolare.

Sei mesi dopo il p. si ripresentò alla visita dall'A. accusando uno stato di astenia che da 5 mesi lo aveva completamente abbandonato. La frequenza del polso era di 37. Fu ripresa la terapia efetoninica e questa valse di nuovo a restituire la normalità alla conduzione atrio-ventricolare.

Il p. continua ad essere periodicamente sorvegliato. L'interesse del caso risiede nell'eccezionale risposta alla terapia efetoninica; con

dosi modeste e dopo soli due giorni di cura si ottenne un allontanamento duraturo di accessi che si ripetevano da sei mesi. E' probabile che lo stimolo indotto dall'efetonina abbia, attraverso un meccanismo dilatatore del circolo coronarico, migliorato la irrorazione e quindi le possibilità funzionali del sistema di conduzione. C. IANDOLO

Ricerche sulla funzione capillare nella insufficienza cardiaca.

(F. HOFF e G. KIBISCH. *Klin. Wochenschr*, 27 febbraio 1943).

Nei disturbi circolatori si devono considerare egualmente i disturbi della funzione del cuore, delle arterie, delle vene e dei capillari. Questi ultimi sono stati finora poco considerati, eppure essi rappresentano la sezione più importante della circolazione, perchè sono essi che adempiono allo scopo di tutta la circolazione del sangue, cioè agli scambi gassosi, nutritivi ed eliminatori tra il sangue ed i tessuti. Le ricerche degli AA. dimostrano che una attiva funzione propria dei capillari ha parte importante nella regolazione della circolazione e soprattutto nella compensazione dei disturbi cardiaci. Nelle malattie di cuore la insufficienza circolatoria generale è dovuta non soltanto alla insufficienza del cuore ma anche a quella dei capillari. Essi sono giunti a tali conclusioni studiando la funzione capillare con il dermografismo e con la microscopia dei capillari del letto ungueale. Il tempo di latenza dermografica (T.L.D.) è il tempo che passa tra uno stimolo meccanico che striscia sulla pelle e la comparsa del dermografismo rosso: esso è un buon indice del tono dei capillari essendo breve se il tono è basso, lungo se il tono è alto. Nei vizi cardiaci in stato di compenso il T.L.D. è più lungo del normale il che indica un aumento di tono dei capillari: questo aumento di tono capillare contribuisce al mantenimento dello stato di compenso. Infatti qualsiasi stato di scompenso si accompagna ad un accorciamento del T.L.D., ossia ad una diminuzione del tono capillare: se in questi pazienti, con il riposo e le cure adatte, si ristabilisce il compenso, si assiste ad un graduale prolungamento del T.L.D. che da inferiore al normale diventa normale prima, superiore al normale poi. Nelle forme più gravi di scompenso si trovarono i valori più brevi del T.L.D., l'aumento di esso andava sempre parallelo al miglioramento clinico dello scompenso. I rapporti tra tono capillare e grado di compenso si osservano in modo convincente in pazienti che, entrati in clinica scompensati, migliorano con le cure adatte, escono con compenso ristabilito, e ritornano poi alla clinica nuovamente scompensati: così p. es. uno scompensato venne in clinica con un T.D.L. di 6 secondi, che con il miglioramento delle condizioni circolatorie aumentò gradatamente fino a 9,7 secondi (valore parecchio superiore al normale); ritorna in clinica scompensato con un T.D.L. di 6,5 secondi, che in clinica aumenta fino a 9 secondi. Utili indizi sullo stato di compenso dà la determinazione del T.D.L. dopo fatiche. Si fanno eseguire ai sani 10-20 flessioni sulle ginocchia, ai cardiaci meno, eventualmente solo 2-5 flessioni. In seguito a tale esercizio il T.D.L. non si modifica nei sani, si prolunga nettamente nei malati di cuore ben compensati, si accorcia invece nei cardiaci in stato di scompenso. La capillaromicroscopia al letto ungueale conferma i rapporti esistenti tra compenso circolatorio e tono dei capillari: nei cardiaci ben compensati i capillari si trovano in stato spastico (segmento arterioso e venoso relativamente stretti, rapido passaggio del sangue) mentre nei cardiaci scompensati i capillari sono rilasciati (segmenti venosi larghi, circolazione del sangue molto lenta). P.

Disturbi di circolazione nelle convulsioni di tipo epilettico.

(T. GORDH e B. P. SILFVERSKIÖLD. *Acta med. Scand.*, fasc. II e III, vol. CXIII, 1943).

Gli AA. hanno studiato il comportamento della pressione intratoracica e intraddominale nell'uomo durante le convulsioni da elettroshock.

La pressione intratoracica fu esaminata nella trachea e nell'esofago, quella intraddominale nello stomaco.

Nella fase tonica la pressione intratoracica esofagea ha dato un aumento iniziale seguìto da leggere variazioni. Di solito l'aumento di pressione è di 80-100 mm. di Hg; in un caso fu anche di 110. In qualche osservazione la pressione era negativa. Probabilmente la pressione è positiva quando il torace è espanso all'inizio delle convulsioni, mentre è negativo quando c'è stata espirazione prima dell'inizio delle convulsioni.

La pressione endotracheale durante l'attacco convulsivo fu elevata al medesimo grado della pressione endoesofagea.

Per quanto riguarda la pressione endogastrica, nella fase tonica essa si eleva notevolmente e poi si abbassa nella fase clonica. L'innalzamento è notevole (150.200 mm. di Hg) nell'uomo, meno nella donna (70 mm.). Le modificazioni della pressione endogastrica non sono in rapporto colle contrazioni gastriche, ma con la fase convulsiva dei muscoli striati.

Le modificazioni prodotte dall'attacco convulsivo sono simili a quelle che si hanno nell'esperimento del Valsalva.

Da queste osservazioni si ricava un dato pratico: che è meglio provocare l'accesso convulsivo elettrico nella fase espiratoria.

Nella stessa rivista *B. P. Silfverskiold e C.*

Amark riferiscono sullo studio del comportamento della pressione arteriosa e venosa all'elettroshock.

La pressione venosa salì costantemente a cifra notevolmente elevata (100 mm. di Hg). L'aumento avveniva rapidamente nella fase tonica, mentre la diminuzione nella fase clonica era graduale. Poichè la pressione venosa nella vena cubitale aumentava anche quando non si aveva aumento della pressione endotoracica, si deve ritenere che si sia trattato di un fatto locale. Fu studiata anche la pressione nella vena giugulare esterna e si vide che essa aumentava in proporzione molto minore della pressione nella vena cubitale.

Per quanto riguarda la pressione arteriosa, lo stimolo elettrico provoca diminuzione della pressione da 20 a 70 mm. di Hg. Nonostante ciò, non si è mai avuto collasso importante. Contemporaneamente alla caduta della pressione si è avuta bradicardia.

Fu anche misurata la pressione del liquido cefalo-rachidiano in un caso solo. Essa fu molto elevata (135 mm. di Hg). L'esperimento però non fu ripetuto in altri casi perchè ritenuto pericoloso. L.

Due casi di operazione di Olmer (sezione della vena surrenale) nella ipertensione arteriosa.

(CHAUVIN E. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, fasc. 26-28, 1942).

Molto ancora vi è di oscuro nella patogenesi della ipertensione arteriosa ma un punto sembra fermo nelle varie ipotesi e cioè che alterazioni della funzione surrenale e in particolare la produzione di adrenalina in quantità eccessiva possa giocare un ruolo di primaria importanza. Da questo presupposto sono nati i vari interventi di surrenalectomia parziale, asportando quantità considerevoli di parenchima secernente o di splancnicectomia allo scopo di rallentare la funzione della ghiandola. Olmer partendo da un altro concetto ha pensato se non fosse sufficiente sezionare fra due legature la vena surrenale per diminuire l'afflusso di sangue derivante dalle diverse regioni della ghiandola, poichè la vena surrenale raccoglie la quasi totalità della circolazione venosa ghiandolare. Brunn ha descritto numerosi fascetti muscolari che partendo dalla vena si disperdono nella compagine ghiandolare e Renaut e Delamare hanno visto come le cellule secernenti siano imprigionate in una specie di filuzzo contrattile: si è pensato che certe scariche adrenaliniche che sono alla base di alcune crisi parossistiche d'ipertensione fossero dovute a una spremitura della ghiandola per una contrazione brusca di queste fibre muscolari. Perciò la sezione della vena potrebbe presentare un duplice interesse terapeutico. Questa sezione della vena è relativamente facile: Chauvin l'ha praticata in 2 casi sempre da un lato solo e sempre al lato destro, ove il vaso ha un decorso più lungo e si getta nella vena renale invece che direttamente nella cava. La tecnica seguita è quella di Hertz per la surrenalectomia. Nei due casi operati la sezione della vena surrenale ha determinato un abbassamento della pressione arteriosa considerevole e più o meno durevole. Non bisogna dimenticare che ogni intervento chirurgico porta di per sè un abbassamento della pressione arteriosa e quindi la difficoltà di poter apprezzare il valore di un atto chirurgico fatto a bella posta. BENDANDI

DIVAGAZIONI

La morte, questa sconosciuta.

Maurice d'Halluin ha pubblicato con questo titolo un interessante volume. Egli ricorda che morto un animale, non tutte le sue parti cessano di funzionare. Così le ciglia vibratili della mucosa nasale e tracheale vibrano ancora quarantott'ore dopo la decapitazione, il cuore di rana pulsa ancora dopo quarantott'ore dalla morte e dopo la morte il fegato ha ancora la capacità di immagazzinare glicogeno. Più impressionanti sono gli esperimenti fatti con metodi che si possono definire di acrobazia fisiologica. Facendo scorrere nella testa isolata di un cane il sangue proveniente da un altro cane si sono constatati nella testa isolata dei movimenti anche ben coordinati, compresa la persistenza dei riflessi oculari alla luce.

La presenza di queste vite separate dei vari organi e tessuti, senza contare la personalità e l'individualità di ogni essere, ci dimostra abbastanza chiaramente che la morte non è ancora conosciuta. Certamente essa è un fenomeno che evolve in varie tappe.

Dal punto di vista fisiologico si deve ammettere l'esistenza di una specie di vita latente fra il momento della morte quale la intendiamo oggi (cioè la cessazione del movimento del cuore) e il momento in cui essa avviene realmente.

L'A. distingue la morte apparente, la morte relativa e la morte assoluta.

La morte apparente è una sincope prolungata, caratterizzata da risoluzione muscolare, da perdita di conoscenza, da arresto di respiro e da attività cardiaca e circolatoria così debole da essere difficile riconoscerla. È una vita col rallentatore, che può terminare definitivamente, ma che può anche ritornare normale spontaneamente o sotto l'influenza di stimoli (respirazione artificiale, terapia cardiovascolare eccitante).

La morte relativa è uguale alla precedente più la sospensione completa e sopra tutto prolungata della circolazione. È la morte nel senso volgare della parola. In questo caso il ritorno spontaneo alla vita non è possibile e il permesso di inumazione deve essere dato senz'altro. Soltanto agendo sul cuore si può ripristinare qualche movimento di esso che simula una ripresa della vita.

La morte assoluta è caratterizzata dalla disgregazione di un gran numero di cellule e di organi che rende impossibile il ripristino delle funzioni vitali.

I casi di morte apparente sono eccezionali. Quello che invece succede a tutti è di passare dal periodo di morte relativa mediante una decrescenza più o meno rapida dei fenomeni vitali per arresto del respiro e del circolo. Questo periodo può durare da una a tre ore, ma può essere prolungata per azione del freddo, mentre il caldo accelera la decomposizione putrida.

Dastre arrivava a dire che quando noi dichiariamo che un uomo è morto non facciamo una diagnosi, ma una prognosi: la morte è assicurata, ma si realizzerà progressivamente. Ma Dastre non conosceva i fatti che conosciamo oggi noi, cioè la reviviscenza per intervento del medico.

Il poter ridare la vita quando persistono ancora le piccole vite parziali degli organi e dei tessuti è un elemento a favore dell'opinione dei religiosi che cioè esiste un'anima, per cui pare legittimata anche dalle nozioni di fisiologia la somministrazione che fa la Chiesa dei sacramenti, sotto condizione, dopo l'ultimo sospiro.

L'A. completa il suo studio colla descrizione di metodi medici di reviviscenza di un organismo malgrado una sospensione prolungata dell'attività cardiaca (iniezioni intracardiache e massaggio del cuore). L.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

LEITNER. *Der Morbus Besnier-Boeck-Schaumann. Chronische epitheloidzellige Retikuloendotheliose sive Granulomatose.* Edit Benno Schabe, 1942, Basilea, Fr. svizz. 18.

In questi ultimi anni sul morbo di Besnier-Boeck-Schaumann di recente identificazione è andato raccogliendosi numeroso materiale, per cui molto utile riesce questa monografia di Leitner (del sanatorio di Berna per la tubercolosi, in Heiligerschwendi) che raccoglie tutti i dati della letteratura mondiale e porta alcuni contributi originali (15 casi). L'anatomia patologica, la clinica, l'eziologia, la prognosi e terapia della forma e delle sue varie localizzazioni con la relativa sintomatologia sono analizzate e chiaramente riportate con i reperti linfoglandolari, cutanei, sternali ematici, ecc.

L'uveoparotite e la sindrome di Mikulicz sono considerate nel quadro del m. di Boeck; nel quale rientrano pure il lupus pernio, il lupoide miliare, ed il sarcoide di Darier e Roussy.

Parte notevole assumono nell'esposizione le localizzazioni linfoghiandolari e polmonari.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Per quanto riguarda l'eziologia l'A pensa che questa malattia costituisca una forma a se da germe sconosciuto, non di natura quindi tubercolare.

Questa monografia per la sua completezza di dati è indispensabile non solo al medico ma anche allo specialista dermopatico.

F. CORELLI.

M. SKJELDERUP KOBRO. *Asthmatic bronchitis.* Acta Med. Scand., suppl. 125, Oslo, 1941.

Il concetto clinico di asma bronchiale comprende sec. l'A. due tipi diversi di reazione asmatica: il primo è caratterizzato da una regolare successione di accessi asmatici, con inizio e fine netti, ed è l'asma bronchiale classico nello stretto senso dell'espressione. Il secondo tipo clinico è accompagnato da bronchite e gli accessi sono meno intensi ma più lunghi, e si verifica uno stato asmatico continuo, con esacerbazioni e remissioni.

La forma più pura di bronchite asmatica si osserva in soggetti che hanno sofferto a lungo di infezioni delle vie aeree. I malati presentano eosinofilia, come nei veri casi di asma bronchiale puro, spesso leucocitosi, spesso complicazioni broncopolmonari. Fenomeni allergici cutanei e rinosinusite ipertrofico-allergica come nell'asma puro.

La bronchite asmatica può condurre a condizioni gravi, per associazione con insufficienza cardiaca o respiratoria.

La causa fondamentale della bronchite asmatica è una reazione allergica alle proteine batteriche. La bronchite è di per sè una bronchite semplice: la reazione asmatica è provocata dalla sensibilizzazione locale agli allergeni batterici.

Il rimedio migliore è la vaccinazione o con autovaccini, o con vaccini fissi. È opportuno provare la reattività cutanea del soggetto al vaccino, come mezzo per la scelta di un vaccino efficace.

La piretoterapia anche protratta non pare abbia alcun effetto deciso sulla tendenza alle manifestazioni reattive asmatiche, in campo di bronchite asmatica. La febbre agisce solo sintomaticamente, troncando lo stato asmatico.

M. COPPO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA

L'elettrocardiogramma nell'infarto della parete anteriore.

Le derivazioni precordiali hanno fatto progredire notevolmente le nostre conoscenze elettrocardiografiche in questi ultimi anni. Nell'infarto della parete posteriore le derivazioni degli arti dànno per lo più modificazioni elettrocardiografiche caratteristiche, mentre le derivazioni precordiali dànno scarse alterazioni, limitate a cambiamenti del tratto RS-T e senza valore diagnostico. Invece nell'infarto della parete anteriore le modificazioni rilevabili colle derivazioni degli arti sono scarse e senza importanza diagnostica specialmente nei casi che hanno un decorso subacuto o cronico, mentre le derivazioni precordiali dànno modificazioni molto caratteristiche.

In 19 casi di infarto della parete anteriore V. Mortensen (*Acta Med. Scandin.*, fasc. VI, 1942) trovò che in poco più della metà dei casi le derivazioni degli arti inferiori non hanno dato modificazioni elettrocardiografiche, mentre più frequente è la presenza di un reperto patologico colle derivazioni precordiali.

L'elettrocardiogramma dell'infarto della parete anteriore dà una RS-T elevata, seguita da T invertita, oltre ad un'alterazione di QRS. Però solo l'alterazione della QRS, che è stabile, ha valore diagnostico sicuro. Essa consiste nella scomparsa dell'onda R per cui il complesso QRS diventa negativo (a volte invece si ha solo una diminuzione dell'onda R) e nella comparsa di un'onda Q. La comparsa dell'onda Q è la caratteristica costante dell'infarto della parete anteriore. L.

CASISTICA E TERAPIA.

L'alitosi.

L'alitosi o *foetor ex ore* è un sintoma che viene generalmente attribuito ad affezioni della bocca o della faringe, ma può dipendere anche da malattie dell'intestino.

Al riguardo è interessante ricordare la quistione dell'alito cattivo dato dall'aglio. Secondo alcuni esso dipenderebbe dalle particelle di aglio ritenute dalle gengive e dai denti: basterebbe pulire bene la bocca per scomparire l'odore. Ma altri, e sono i più, opinano che l'odore d'aglio proviene dall'assorbimento della sostanza odorante da parte del tubo digerente, donde passa nel sangue ed infine esala dai pulmoni.

Crohn e Drosd (*Jour. Amer. Med. Ass.*, vol. 117, n. 26) ha fatto una serie di osservazioni in un paziente che aveva subìto diverse operazioni con fistole intestinali. Si potette constatare che fin che l'aglio rimaneva nello stomaco non si aveva alito cattivo, che compariva non appena l'aglio passava nell'intestino.

Successive esperienze hanno confermato questo dato. Si ha effettivamente l'odore caratteristico per la ritenzione nella bocca o nella faringe di particelle d'aglio, ma è di breve durata, tutt'al più un'ora. L'aglio trattenuto nello stomaco non provoca alito cattivo, a meno che non esista stenosi pilorica.

L'odore d'aglio è trasmesso alla bile e vi persiste per circa 15 ore sia in seguito ad ingestione orale che a clistere, e quando scompare dalla bile scompare anche dalla bocca.

La conferma che l'odore d'aglio è trasportata dalla corrente sanguigna è data dal fatto che esso è presente nell'alito del neonato, la cui madre aveva ingerito aglio.

A parte ciò il *foetor ex ore* può essere provocato dal riassorbimento di acidi grassi o sostanze volatili derivanti da cattiva digestione o da difettoso metabolismo dei grassi.

Le sostanza volatili malodoranti, sono assorbite dall'intestino e più probabilmente dalla parte inferiore dell'ileo, sono trasportate nel fegato, dove non sono sufficientemente disintegrate e neutralizzate; sono in parte escrete con la bile, ma sono in massima parte riassorbite dal sangue ed eliminate per i pulmoni.

L'esperienza terapeutica (alimentazione povera di grassi) conferma questo punto di vista, ma non si possono escludere altre possibilità.

L'alitosi va combattuta con la cura dei disturbi digestivi che ne sono la causa; l'ingestione o i collutori di menta o altre essenze odoranti valgono solo a mascherare temporaneamente il cattivo odore. DR.

L'ozena.

L'ozena, detto anche rinite atrofica, catarro atrofico, corizza o rinite sclerosa è una rinite cronica caratterizzata da atrofia della mucosa nasale e dei cornetti, strettezza anormale delle vie nasali e da scolo purulento che disseccandosi tende a formare croste con odore caratteristico. Non si hanno mai ulcerazioni e necrosi.

Istologicamente si nota: *a*) trasformazione delle cellule ciliate e olfattive specialmente nell'epitelio squamoso stratificato con scomparsa della membrana ialina; *b*) presenza di cellule ialine e di masse pigmentate; *c*) alterazione delle glandole, del tessuto linfatico e dell'osso.

L'affezione ha inizio generalmente prima dei 12 anni di età, di rado dopo i 25. È cinque volte più frequente nel sesso femminile.

È stata attribuita successivamente a: eccessiva larghezza e cortezza delle narici, una rinite purulenta dell'infanzia, un'osteite dell'etmoide o del cornetto interiore, una malattia dei seni accessori, una suppurazione del naso, dei seni o della regione retronasale, la secchezza atmosferica con invasione batteri-

ca, uno stato di carenza, un'infezione da batteri specifici o non, ed infine la sifilide e la tubercolosi.

Cullom (*Jour. Amer. Med. Ass.*, vol. 117, n. 12) in base ad una lunga e vasta esperienza ritiene che l'ozena è il risultato di un focolaio purulento cronico per lo più consecutivo ad una malattia eruttiva, alla difterite, all'influenza.

La maggiore frequenza nel sesso femminile si spiegherebbe con il fatto che le donne fanno una vita meno igienica, con minori movimenti all'aria libera.

La diminuzione progressiva dei casi di ozena proviene dalla maggior cura che si ha del naso e della gola, dalla migliorata alimentazione, nonchè dalla circostanza che il numero di coloro, anche donne, che si dedicano agli esercizi sportivi diviene sempre più alto.

Non tutti condividono questa opinione. Parecchi ritengono che la causa dell'ozena risieda essenzialmente in una tendenza costituzionale all'atrofia probabilmente di origine endocrina o avitaminica. Ciò spiegherebbe la differenza di frequenza nei due sessi. Vane-Fossen ha ottenuto eccellanti risultati dalla vaporizzazione quotidiana di olio contenente sostanze estrogene e specie carotene. La polverizzazione di quest'ultima sostanza provoca una rapida rigenerazione dell'epitelio e la riproduzione della sottomucosa. Koepecke ritiene che l'ozena sia la risultante di uno stato generale dipendente in ultima analisi da un'insufficienza delle surrenali. La somministrazione per via orale di tali glandule disseccate determinerebbe in tre settimane la scomparsa delle croste e dell'odore fetido. DR.

Iperidrosi unilaterale.

Una cosiddetta iperidrosi unilaterale, che però per lo più si estende alla intera metà del corpo si osserva, dice K. Kämmerer (*Münch. Medizin. Wochenschr.*, n. 11, 1943) anche in individui normali qualche volta, specie dopo ingestione di senape o di alimenti acidi. La iperidrosi unilaterale è però per lo più un sintomo che accompagna le affezioni del sistema simpatico, come il M. di Basedow, la emicrania, la tabe, la siringomielia. La si osserva inoltre negli stati psico-degenerativi. I centri simpatici della parte in iperidrosi si trovano in questi casi in uno stato di ipereccitazione.

B.

LABORATORIO

Diagnosi batteriologica rapida della difterite.

I procedimenti tecnici classici per la diagnosi batteriologica della difterite dicono M. Welsch, G. Demelenne-Janninon e J. Hermanne (*Revue Belge des Sciences Médicales*, gennaio 1943), esigono un minimo di tempo di 20-24 ore. Pertanto la diagnosi batteriologica della difterite ha, nelle angine acute, solo un valore di conferma, dovendo il medico agire prima di ricevere la risposta del laboratorio. Una tecnica che permette di fare una diagnosi di difterite in poche ore può essere in molti casi utile. Perciò gli autori hanno studiato talune delle tecniche rapide proposte a tale scopo paragonandone i risultati con quelli ottenuti con la tecnica classica. Le osservazioni sono state condotte in 50 casi di angine acute o di laringite acuta di presunta natura difterica.

I risultati delle osservazioni sono i seguenti:

1) Le tecnica classica, nelle angine acute, ha in tutti i casi, confermato la diagnosi clinica di non difterite; essa ha confermato, d'altra parte, la diagnosi clinica di difterite nel 96,6 % dei casi, tuttavia con ritardo nell'8 % dei casi. Essa si è trovata in difetto nel 3,4 % dei casi.

2) Le tecniche rapide di Folger o di Manzullo permettono di svelare il bacillo di Löffler in un buon numero di casi in poche ore. La percentuale di scacchi registrati con questi metodi è però più elevata di quelli che si verificano col metodo classico. Questi metodi rapidi possono essere senza dubbio utili in certe circostanze; ma non sembra agli autori che essi debbano essere generalizzati nè, in ogni caso, impiegati esclusivamente.

C. IANDOLO.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Sul concetto di stabilità dei sanitari ospedalieri in rapporto alle disposizioni transitorie del regolamento generale.

Secondo l'antico regolamento di un Ospedale, la nomina del chirurgo primario aveva sempre carattere temporaneo ed era fatta in via di esperimento per due anni, e poi per un periodo di dieci anni, ivi compreso il periodo di prova. Trascorso tale termine, il primario poteva essere riconfermato per periodi quinquennali e al massimo per due quinquenni. In base a tale regolamento, un sanitario era stato nominato dapprima in prova per un biennio, poi per un decennio e successivamente per un quinquennio. Trascorso questo quinquennio — cosa che avvenne nel gennaio 1942, epoca in cui entrò in vigore il nuovo regolamento dell'ospedale, aggiornato in base al regolamento generale ospedaliero approvato con R. D. 30 settembre 1938, n. 1631 — il primario fu licenziato.

Egli ricorse in sede giurisdizionale, invocando la disposizione dell'art. 96 del regolamento generale predetto, il quale dispone che il personale sanitario, se stabile in base ai precedenti ordinamenti, è mantenuto nel posto fino al raggiungimento dei limiti di età ai sensi dell'art. 18 dello stesso regolamento.

La V Sezione, con un'elaborata decisione del 5 marzo 1943, n. 83, ha premesso che tutta la questione dipendeva dalla risoluzione del seguente quesito: poteva dirsi che il ricorrente avesse acquistato la stabilità in base ai precedenti ordinamenti dell'ospedale? Ha osservato la Sezione che, in linea generale, dovrebbe ritenersi che i rapporti a termine non siano stabili, in quanto allo scadere del termine sono risolubili *ad nutum* dalla Amministrazione. Tuttavia, mentre il termine è in corso, si può parlare di una stabilità impropria o relativa, in quanto, pendente il termine, l'impiegato non può essere licenziato se non per le giuste cause e con le forme con cui può essere licenziato un impiegato stabile. La Sezione ha ricordato che dello stesso avviso era stato il medesimo Collegio nella decisione del 19 novembre 1940, ricorrente Tritto.

Secondo la Sezione, di stabilità si può dunque parlare in due sensi: in un senso proprio ed in un senso che si riferisce al periodo di ferma temporanea per la durata della quale il medico sia stato assunto.

Passando a ricercare se l'art. 96 del regolamento generale ospedaliero si riferisca soltanto alla stabilità in senso proprio od anche alla stabilità impropria o relativa, la Sezione ha ritenuto che nell'articolo 96 si parli di qualsiasi stabilità, anche limitata, ossia di ogni periodo di servizio in cui il sanitario si trovi dopo compiuto il periodo di prova. Infatti, se si alludesse soltanto alla stabilità propria, la disposizione non soddisferebbe in pieno alla sua funzione di diritto transitorio, che consiste nell'adeguare al nuovo ordinamento le posizioni dei vecchi ordinamenti non in tutto conformi al nuovo. A tal uopo, prescrive l'articolo 96 che le posizioni di stabilità ammesse dai vecchi ordinamenti danno diritto al posto fino al raggiungimento dei limiti di età ai sensi dell'art. 18, e questo presuppone logicamente che le posizioni di stabilità dei vecchi ordinamenti quivi contemplate siano diverse dalla stabilità propria dell'art. 18, e, se quelle in fatto sono per virtù di legge equiparate a questa, vuol dire che sono originariamente diverse.

La posizione di stabilità di cui parla l'articolo 96 è, quindi, anche quella di stabilità limitata di cui gode il sanitario nel periodo di ferma, a cui la legge attribuisce gli effetti della stabilità assoluta.

Del resto, l'articolo in esame, anche considerato in sè, letteralmente, è molto chiaro: esso contrappone ai sanitari che abbiano acquisito la stabilità in base agli ordinamenti dell'ente quelli che non l'hanno acquisita perchè in corso del periodo di prova, e nei riguardi dei primi non fa alcuna distinzione tra stabilità in senso proprio e stabilità a termine, e, perciò, dove la legge non distingue non è lecito introdurre distinzioni e limitazioni.

Una conferma quasi *ad absurdum* di questa interpretazione deriva appunto dalla sorte che compete ai sanitari sorpresi dal nuovo ordinamento nel corso del periodo di prova. Questi hanno il diritto di completarlo, e, superatolo favorevolmente, acquistano la stabilità ai termini dell'art. 18. Ora, sarebbe stato evidentemente ingiusto che tutti i sanitari nominati sotto i precedenti ordinamenti con lunghi servizi, confermati una ed anche più volte in carica, e, perciò, sperimentati più volte, rimanessero tutti soggetti ai vecchi brevi termini di assunzione, mentre i novellini avessero diritto, finito il biennio di prova, a restare in carica fino al 65° anno di età.

Esposte le considerazioni che si leggono nella decisione della V Sezione, manifestiamo la nostra ammirazione per il grande senso di equità che, in armonia con le tradizioni del Consiglio di Stato, anima la decisione stessa.

A rigore, l'art. 96 del Regolamento gene-

(Continuazione alla pagina seguente).

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

(Seguito della Politica Sanitaria *dalla pag prec.).*

rale ospedaliero si riferisce ai rapporti destinati a permanere indefinitivamente o fino ad un limite di età e non ai rapporti temporanei per tempo determinato. Il caso deciso dal Consiglio di Stato presentava però particolarità che inducevano all'applicazione di criteri non ristretti, meglio aderenti alla realtà di quel rapporto che effettivamente era destinato a permanere venti anni, con facoltà di risoluzione estintiva incontrollabile dopo il primo decennio e al termine di ciascuno dei due successivi quinquenni.

Vogliamo dire che in questo e altri casi analoghi il rapporto temporaneo è assimilabile al rapporto stabile e può rientrare nel campo di applicazione dell'art. 96, inteso con larghezza in relazione alla sua finalità protettiva delle situazioni di impiego che non siano *effettivamente* temporanei. Ma non si può generalizzare troppo, perchè la temporaneità della prestazione esclude generalmente la stabilità.

Questo criterio-limite risulta sostanzialmente dalla stessa decisione del Consiglio di Stato, la quale si fonda precisamente sulla ipotesi di stabilità impropria, cioè di *efficacia permanente assimilabile a quella della stabilità.*

AMMINISTRAZIONE SANITARIA

Istituti ospedalieri - Ricovero venerei - Legge 4 agosto 1942, n. 1128.

Il Ministero dell'Interno (Direzione generale della sanità pubblica) ha diramato ai Prefetti la seguente circolare n. 41 in data 14 maggio 1943-XXI:

Le risposte pervenute da alcune Prefetture in adempimento alla C.M. n. 8 del 27 gennaio 1943, hanno dato modo di constatare che, per taluni ospedali, si è ritenuta non applicabile la legge 4 agosto 1942, n. 1128, in quanto nelle categorie di persone alla cui cura gratuita, essi sono tenuti a devolvere in tutto o in parte le proprie rendite, non sono, dalle disposizioni statutarie, contemplati i venerei.

Per altro, tale interpretazione, in senso restrittivo, del citato art. 303, secondo comma, del T.U. Leggi Sanitarie, è inesatta, non potendo sorgere dubbio che per l'art. stesso l'obbligo della gratuita assistenza ai venerei ricorra anche per gli ospedali, col fine indicato, le cui norme statutarie, se non lo prevedono, non escludono l'obbligo medesimo.

Sul rilievo che precede si ravvisa opportuno richiamare, a complemento delle istruzioni impartite con la summenzionata circolare, l'attenzione delle EE. VV., per la retta ed uniforme applicazione della Legge, e per evitare complicazioni e ritardi nel rimborso di rette o nella concessione della integrazione statale agli ospedali interessati.

In tale intento è essenziale che le Prefetture, pervenuti dagli ospedali, pei ricoveri di venerei decorrenti dal Gennaio 1943, i prescritti documenti, non omettano un preliminare, accurato riesame, caso per caso, degli statuti ospedalieri, in relazione al disposto dell'art. 303 T. U. Leggi Sanitarie, facendone, esplicita menzione nella nota con cui gli atti stessi saranno trasmessi al Ministero.

Si attende un cenno di ricevuta e assicurazione.

CONCORSI

Concorsi a premi.

In onore del prof. Augusto Pellegrini.

Amici ed estimatori del prof. Augusto Pellegrini, direttore dell'Ospedale di Chiari, hanno rimesso alla Società Italiana di chirurgia la somma di L. 14.000 affinchè, con un pubblico concorso a premi, venga celebrato il 40° anno di laurea dell'illustre chirurgo.

Il Consiglio direttivo della Società italiana di chirurgia, plaudendo all'iniziativa, indice pertanto un concorso, con due premi indivisibili di L. 7000 ciascuno, sui seguenti temi: 1) Cinematizzazione dei monconi d'amputazione; 2) Ossificazioni paraarticolari. Al concorso potranno partecipare tutti i medici italiani iscritti al Sindacato, con lavori inediti, o già pubblicati purchè in data non anteriore al gennaio 1942.

Le memorie, in tre copie, dovranno essere inviate alla Presidenza della Società (R. Clinica chirurgica, Roma), non oltre il 31 dicembre 1943.

Borse di studio.

Borse universitarie all'Estero.

È aperto il concorso per l'assegnazione di borse di reciprocità istituite dalla Danimarca, Germania, Romania, Spagna, Slovacchia, Svezia ed Ungheria per l'anno accademico 1943-44 a favore di cittadini italiani laureati da Università e Istituti dell'ordine universitario o diplomatico, presso Accademie di belle arti o Conservatori di musica del Regno, negli anni accademici 1937-38, 1938-39, 1939-40, 1940-41, 1941-42.

Le borse anzidette saranno usufruite presso una Università o Istituto universitario o artistico, rispettivamente, della Danimarca, Germania, Romania, Spagna, Slovacchia, Svezia ed Ungheria.

Le borse sono così ripartite, per ciascuna Nazione, e dell'importo a fianco indicato: Danimarca: 1 da 2100 corone; Germania: 8 da 1600 R.M.; Romania: 2 da 105.000 lei; Spagna: 2 da 6000 pesetas; Slovacchia: 3 da 10.000 corone, più 800 corone per spese di viaggio; Svezia: 2 da 2100 corone; Ungheria: 6 da 2400 pengö.

Le istanze di ammissione al concorso, redatte su carta legale da L. 8, dovranno pervenire al Ministero E. N. (Direzione generale dell'ordine universitario - Div. 3ª) non più tardi del 15 giugno 1943-XXI.

Coloro i quali aspirano a borse di diverse Nazioni debbono presentare domande distinte, allegando i titoli e i documenti richiesti ad una sola domanda e facendo riferimento ad essi nelle altre. Per le altre indicazioni v. « Gazzetta Ufficiale », n. 92 del 21 aprile 1943-XXI.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

RICOMPENSE AL VALOR MILITARE.

Al capitano medico Repaci Costantino di Filippo nato a Sinopoli (Reggio Cal.), in atto Capo ufficio di Sanità della Divisione Siena, è stata conferita la medaglia di bronzo al valor militare con la seguente motivazione:

« Dirigente il servizio sanitario reggimentale si distingueva per l'animoso slancio con il quale svolgeva le sue mansioni sulla linea più avanzata. Incaricato di recare soccorso a reparti dislocati in zona montana impervia ed isolata, sotto l'infuriare della tormenta, si prodigava con abnegazione nell'assistenza di assiderati e congelati incurante di ogni rischio. Durante un attacco nemico concorreva con elementi della compagnia comando di reggimento ad un contrassalto, dimostrando sprezzo del pericolo e grande ardimento. — Fronte greco, novembre 1940-febbraio 1941 ».

Il Premio Riberi, dell'Accademia delle Scienze di Torino, è stato assegnato al prof. Giovanni Di Guglielmo, direttore dell'Istituto di Patologia medica dell'Università di Napoli.

Il premio, che è settennale ed al quale possono concorrere scienziati di tutto il mondo, è stato vinto precedentemente due volte dal compianto Accademico Bottazzi ed una terza volta dal prof. Pentimalli, anch'egli appartenente al glorioso Ateneo napoletano.

In precedenza era stato assegnato ai proff. Bizzozero, Golgi Pagliani, Gosio, Sclavo.

NOTIZIE DIVERSE

I convalescenziari per i soldati feriti e malati.

Il problema dei convalescenziari di guerra è stato razionalmente risolto dalla Direzione generale della Sanità militare, previo un attento studio delle possibilità ospitaliere che offre il nostro Paese.

Convalescenziario è luogo di riposo e del riposo deve offrire tutti i requisiti essenziali. Le dolorose necessità della guerra hanno reso necessario l'aumento del numero dei convalescenziari, cui si è provveduto tempestivamente facendo cadere la scelta topografica sui luoghi più salubri d'Italia, dove sorgono rinomate stazioni climatiche e stabilimenti di cura. Una volenterosa schiera di medici e crocerossine, di infermieri e di suore si prodigano nell'assistenza di migliaia di reduci. Una tecnica perfetta in ogni dettaglio consente, nei convalescenziari, cure che assai raramente sarebbero compatibili con l'ambiente domestico non adeguatamente attrezzato.

Nei convalescenziari il lato morale dell'assistenza non è meno coltivato di quello terapeutico. Oasi di pace sono sorte un po' dovunque: Assisi, Cervia, Bellagio, Limonta, Arliano, Cortona, L'Aquila, Alcamo, Porto Maggiore, Alghero, Nuoro, Bosa, Mentone; zone dove trovano cure e ristoro oltre i feriti e i malati comuni anche i pleuritici ed i malarici.

La Giornata della Madre celebrata in Germania.

In occasione della « Giornata della Madre » che venne celebrata il 16 maggio in tutta la Germania, il Ministro degli Interni del Reich, dott. Frick, pronunziò un discorso alla radio.

Dopo aver accennato al significato tutto particolare che la celebrazione della « Giornata della Madre » assume oggi, il Ministro ha rivolto un elogio alle donne tedesche per la maniera esemplare con cui esse hanno risposto all'appello del Führer mettendo a disposizione tutte le loro energie nel campo della difesa nazionale.

Meriti ugualmente notevoli, ha proseguito il Ministro, le donne tedesche si sono acquistate, grazie al loro comportamento dinanzi ai barbari attacchi aerei nemici.

Celebrazione copernicana.

A Ferrara si è svolta una celebrazione italo-germanica di Copernico, in occasione del 4° centenario della morte del grande astronomo e filosofo, il quale fu anche medico e aveva studiato in quella città.

Hanno partecipato alle solenni cerimonie il ministro dell'educazione nazionale Biggini, l'ambasciatore di Germania von Mackensen, il console di Germania a Venezia Köster, una rappresentanza di studiosi tedeschi con a capo il dott. von Grunberg, rettore dell'Università di Königsberg.

L'Accademia delle Scienze ha tenuto una seduta sotto la presidenza del prof. Gaetano Boschi.

Dopo parole di saluto e programmatiche del Magnifico Rettore dell'Università di Ferrara prof. Filippo Calzolari e del presidente dell'Accademia delle Scienze di Ferrara svolsero importanti comunicazioni i proff. Armellini dell'Ateneo romano e Giacon dell'Università di Padova, analizzando e commentando in ogni suo atto la figura e l'opera di Copernico. Fu messo particolarmente in rilievo il carattere umanistico che dall'Italia quel Grande aveva derivato.

La ricognizione radiografica delle reliquie di San Domenico.

Il 3 maggio ebbe luogo in Bologna la ricognizione delle reliquie di San Domenico, a mezzo della radiografia, per la prima volta applicata per ricognizioni del genere. La cerimonia è durata diverse ore. Tolto il sacro feretro dall'altare provvisorio, è stato portato processionalmente nella cappella dell'arca con l'intervento di tutti i religiosi presenti nel convento, e deposto a terra sopra un tappeto serico.

Il radiologo prof. Gian Giuseppe Palmieri, direttore dell'Istituto di radiologia della R. Università, coadiuvato da esperti tecnici, valendosi di un comune apparecchio radiografico, ha eseguito numerose radiografie, in modo da ottenere la visione completa dello stato dei sacri resti del corpo di San Domenico.

Il prof. Palmieri, circa l'esito della ricognizione, ha dichiarato che nell'antichissima cassa di castagno selvatico, aperta soltanto nel 1383 per togliere il capo di San Domenico, esiste oltre a tutte le parti principali dello scheletro anche la mandibola, che rimase nella cassa quando fu tolto il teschio per riporlo nell'apposito reliquario. Le ossa però non sono composte scheletricamente, date le diverse traslazioni fatte del feretro. L'illustre radiologo ha informato che eseguirà anche la stereoscopia delle ossa, la quale permetterà di vederle in rilievo.

Azioni giudiziarie.

La Corte d'appello di Parigi ha confermato una condanna, pronunziata dal Tribunale della Senna, contro un chirurgo il quale ad una signora doveva estrarre un dente canino incluso; invece egli era intervenuto dall'altro lato della mascella superiore, cagionandone una lesione.

L'azione giudiziaria venne promossa contro il dentista che aveva posta la diagnosi, contro il radiologo che l'aveva confermata e contro il chirurgo che aveva eseguita l'operazione; ma il solo chirurgo venne condannato, ad 8000 franchi d'indennizzo, che la Corte d'Appello ha elevato a 20.000. Siccome nel frattempo il chirurgo è deceduto, la somma dev'essere corrisposta dalla vedova.

Un po' dovunque.

La Sovrana ha visitato in Roma l'ospedale del « Buon Pastore », organizzazione della Sanità Militare, trattenendovisi oltre due ore.

La Principessa di Piemonte ha visitato i feriti di guerra ricoverati nell'Ospedale Militare del Celio in Roma.

Il Ministero dell'E. N., avuto riguardo alle difficoltà inerenti all'attuale stato di guerra, ha disposto che i termini del 15 giugno e del 31 luglio per i concorsi a cattedre universitarie, siano prorogati al 15 luglio e al 31 agosto.

Il prof. Carlo Vercesi, rettore dell'Università di Pavia, ha tenuto, nell'aula foscoliana di questo Ateneo, una conferenza sul « Dono di sangue », illustrandone le caratteristiche e le finalità in pace e in guerra.

Alla Reale Accademia d'Italia, nella classe delle scienze fisiche, matematiche e naturali, il prof. Silvestro Baglioni ha presentato una relazione sul microfono elettrico.

L'accademico Silvestro Baglioni ha inaugurato il XXII anno dell'Accademia di storia dell'arte sanitaria in Roma con la prolusione: « Medicina e biologia nel Seicento italiano ».

In un nuovo bombardamento effettuato dall'aviazione anglo-americana, il 17 maggio, sulla città di Boulogne (costa della Manica), l'ospedale civile è stato colpito in pieno; si registrano 78 morti, (40 erano degenti all'ospedale) e 500 feriti gravi.

In seguito al bombardamento, la città è rimasta priva di elettricità, di gas e di acqua. Ciò ha notevolmente aggravato la situazione dei feriti, anche se leggeri, ostacolando l'opera di soccorso.

Il Governatorato di Roma ha emanato un'ordinanza, in data 7 maggio, sulla lotta contro le mosche.

Varie navi-ospedale italiane sono state fermate da navi di combattimento nemiche e visitate accuratamente, in conformità alle convenzioni internazionali: com'era da aspettarsi, tutto è stato trovato in perfetta regola. Se ne dànno ampie notizie nei quotidiani.

Notizie da Gibilterra recano che numerosissimi militari feriti nei combattimenti sul fronte tunisino, sono giunti nella piazzaforte. Navi ospedale facevano continuamente la spola fra i porti dell'Africa settentrionale e Gibilterra, trasportando feriti e malati. La piazzaforte si è trasformata in un immenso ospedale. Il porto militare è anch'esso un altro immenso ospedale.

Si ha da Lisbona 22 maggio, che erano giunti in Inghilterra i primi contingenti di inglesi feriti durante le ultime aspre fasi della battaglia della Tunisia. Gli ospedali militari e civili e quelli improvvisati nelle ultime settimane in tutti gli edifici scolastici dell'Algeria e del Marocco risultavano infatti talmente pieni da non poter ospitare altri degenti. La maggior parte di questi feriti, appartenenti alla I^a^ Armata, è stata ricoverata negli ospedali di Leeds.

Gislero Flesel ha pubblicato il saggio: « Stalin alla luce della psicologia criminale » (Casa Editrice del Libro Italiano, Roma).

La nave-ospedale giapponese « Arabia Maru », che fu già attaccata il 1° aprile nel porto di Rangoon da un aeroplano statunitense, è stata nuovamente bombardata il 19 maggio, mentre navigava al largo dell'estremità settentrionale dell'isola Nuova Irlanda, a nord di Rebaul.

Si ha da Buenos Aires, in data 17 maggio, che il generale Gabe, dello stato maggiore del generale Eisenhover, ha dichiarato come, in seguito alle operazioni svoltesi in Tunisia, dodicimila feriti delle forze anglo-americane sono stati trasportati per via aerea negli ospedali delle retrovie.

È stato arrestato a Ferrara tale Amberto Grandi, di 33 anni, da Casalecchio (Bologna), che vestiva abusivamente la divisa di maggiore medico; era da poco reduce dal carcere, ove aveva scontato quattro anni di reclusione.

Il Governo nominale polacco di Sikorski ha rinunziato all'inchiesta da parte della Croce Rossa Internazionale sull'eccidio di Catin.

Sono stati arrestati a Sciangai, dopo un drammatico conflitto, il « re dell'oppio » Ciuti-scen e 31 dei suoi complici.

Tre giovinastri di Verbania, impossessatisi dell'automobile di un medico, vagarono per vari paesi, fermandosi a gozzovigliare in più posti finchè, ridotti in condizioni anormali, portarono la vettura a sfasciarsi contro un palo dell'energia elettrica, rimanendo tutt'e tre feriti; sono stati ricoverati nell'ospedale del Littorio, uno di essi in condizioni gravissime.

Al Centro Mutilati di Guerra « Principe di Piemonte » in Roma ha avuto luogo una rassegna tecnico-scientifica delle attività svolte nel primo biennio di vita; erano presenti il sottosegretario alla Guerra gen. Sorice, il direttore generale della Sanità militare gen. Ingravalle, il direttore di Sanità del XVIII Corpo d'Armata col. Malice ed altre personalità.

Il dott. Pio Tesei Gueroli, direttore del Preventorio marino consorziale « Monachesi » in Portorecanati, ha pubblicato una relazione sull'attività svolta dall'ente nel periodo dal 6 luglio 1936 al 31 dicembre 1940, per i soggetti dal 4° anno di età in poi.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Presse Méd., 30 gen. — C. AUBERTIN, DIGILANI DE C., H. WELHI e G. LAPEYRE. « Psicosi » tiroidea e chirurgia.

Deut. Med. Woch., 5 feb. — WESTPHAL. Febbre speciale dell'Ucraina.

Münch. Med. Woch., 5 feb. — W. KIKUTH. Leishmaniosi interna.

Acta Med. Scand., I. — P. FROM HAUSA e I. BEGTRUP. Vit. K. — M. FABER. Xerostomia. — T. LINDGVIST. Trattam. del morbo di Raynaud.

Arch. It. di Chir., feb. — E. CALDARERA. Tiroiditi e strumiti acute. — G. COSENTINO. Tumori reticolo-endot. dei gangli linf.

Rev. Clin. Espan, 30 dic. — C. MARINA FIÓL. Duodenite e stasi duoden. — J. C. DE OYA. Trattam. del collasso.

Rif. Med., 15 gen. — G. GIBERTINI. Incompatibilità tra novocaina e sulfamide.

Praxis, 11 feb. — R. S. MACH. Sindrome epatorenale.

Klin. Woch., 9 gen. — J. KIMMIZ. Acido p. amido-benzoico e sua azione sui sulfamidici.

Id., 23 gen. — W. SIEDE e K. LUZ. Eziologia dell'epatite epid.

Deut. Meo. Woch., 12 feb. — GÉRNNE. L'ulcera peptica in guerra, sua patogenesi e terapia.

Presse Méd., 6 feb. — P. MAURIAE. Acidosi e nefriti ac. — M. FOURESHIER. Peritoneoscopia.

Giorn. di Med. Mil., dic. — DE NICDERHÄUSEN e MORUZZI. Epilessia — MONETTI. « Ittero catarrale » e amide nicotinica.

Klin. Woch., 13 feb. — M. STAEMMLEX e H. MERKEL. Genesi dell'ulcera gastr. e duod. — G. LANDER. Edema da deficienza di albumina.

Med. Klinik, 19 feb. — G. GRIEGSMANN. Sinusiti.

Rif. Med., 6 feb. — G. GUERRISI. Diagn. degli itteri: segno tenare-ipotenare di Castellani.

Arch. It. Chir., marz. — G. RINDONE. Struma di Hashimoto con ipertiroidismo.

Id., apr. — V. PETTINARI. Tumori dell'infanzia. — M. BATTEZZATI. Funzione epatica e ricambio idrico.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 17 gen. — A. VIVARELLI e A. SARTORE. Formula leucocitaria nell'ittero epato-cellulare.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME L — Roma, 31 Maggio 1943-XXI — Num. 22

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER L'ANNO 1943

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 100	L. 145	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . . .	L. 155	L. 210
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . . .	L. 70	L. 80	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 155	L. 210
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile) .	L. 70	L. 80	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chir.) .	L. 200	L. 275

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 7; della PRATICA L. 5.

I numeri, che vengono tutti scrupolosamente spediti, se non reclamati entro un mese dalla loro pubblicazione, si rinviano soltanto a pagamento.

L'importo dell'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato *senza tassa* nel Conto Corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. 5.

SOMMARIO

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. C. FRUGONI.

Effetti di una prolungata somministrazione di sostanze estrogene su ipofisi, gonadi, tiroide, surrene, pancreas e timo.
(Ricerche sperimentali sul ratto albino).

Dott. E. SILVESTRONI, assistente e docente e Dott. S. TAMBURELLO, interno.

Riportiamo alcune osservazioni da noi fatte nel corso di esperienze, nelle quali abbiamo sottoposto 40 ratti albini a prolungato trattamento con sostanze estrogene sintetiche. Tali esperienze furono condotte su ratti normali, maschi e femmine, del peso medio inferiore ai 100 gr. Come controlli vennero utilizzati altri 14 animali, in parte maschi e in parte femmine, dello stesso peso e della stessa età degli animali trattati. Le sostanze iniettate sono state il *dipropionato di estradiolo* e il 4,4 *diossi α, β dietilstilbene*. Venti animali furono trattati con il primo prodotto e venti con il secondo. Le esperienze sono durate 167 giorni. Le sostanze estrogene sono state somministrate per via sottocutanea, in soluzione oleosa, alla dose di 0,1 mgr. per animale nel primo periodo di trattamento, in cui le iniezioni furono fatte quotidianamente, e di 0,2 mgr. per animale nell'ultimo periodo, in cui le iniezioni vennero fatte a giorni alterni.

I ratti così trattati hanno presentato, alla fine delle esperienze, una notevole ipertrofia dell'*ipofisi*, la quale ha raggiunto valori oscillanti dai 20 ai 208 mgr. in confronto agli 8-10 mgr. delle ipofisi dei controlli normali. L'ipertrofia ha interessato esclusivamente il lobo anteriore, il quale si presenta all'esame istologico quasi sempre congesto per dilatazione dei capillari e talora disseminato di zone emorragiche che scompaginano la normale struttura del tessuto ghiandolare. In pieno parenchima si osservano, a volte, come delle isole di sostanza colloide ristagnante e qualche volta anche i capillari appaiono ripieni di questa stessa so-

stanza. La fessura ipofisaria risulta il più delle volte fortemente dilatata per ristagno di colloide. Gli elementi cellulari ordinariamente conservano la normale distribuzione, ma in qualche caso tendono in uno o più punti ad addensarsi formando dei piccoli noduli adenomatosi costituiti da cellule cromofobe. In generale si assiste ad una riduzione degli elementi cromofili e ad un aumento delle cellule cromofobe. Talune di queste ultime cellule presentano dei piccoli vacuoli.

A carico delle *gonadi* si è trovata una forte diminuzione di volume sia dei testicoli che delle ovaie. All'esame istologico, i testicoli hanno presentato una struttura pressochè normale, tranne un impicciolimento dei tubuli contorti e la completa scomparsa degli spermatozoi nell'interno dei medesimi. Le ovaie sono apparse in perfetto stato di conservazione, fornite di numerosi follicoli in fasi diverse di sviluppo, ma del tutto prive di corpo lutei. Questi ultimi, come è noto, sono sempre presenti e numerosi nelle ovaie di ratti normali sessualmente maturi e la loro mancanza ci dà qui ragione della riduzione di volume delle ovaie in seguito a trattamento follicolinico.

Nella *tiroide* le modificazioni osservate sono consistite in processi di desquamazione degli epiteli con rottura talora dei setti delimitanti i singoli acini, in riduzione della sostanza colloide e in modici e non costanti fatti di vacuolizzazione protoplasmatica. Questi fenomeni sono stati però osservati soltanto in circa metà dei casi e si è trattato sempre di ratti femmina. Nei maschi la tiroide ha presentato in tutti i casi una struttura normale.

Le ghiandole *surrenali* sono apparse ipertrofiche (il peso delle due ghiandole ha oscillato dai 60 ai 130 mgr. in confronto ai 20-50 mgr. degli animali controllo), ed all'esame istologico si è trovato un'assottigliamento della zona glomerulare, un aumento considerevole della zona fascicolata, un lieve ingrandimento della zona reticolare, una dilatazione dei capillari e processi di vacuolizzazione cellulare, specialmente spiccati nella zona più esterna della fascicolata. La sostanza midollare non ha presentato modificazioni evidenti se si eccettua una dilatazione discreta di alcuni dei capillari che la irrorano.

Nel *pancreas* si è osservato che le isole di Langerhans risultavano, negli animali trattati, assai più numerose e di grandezza alquanto maggiore in confronto a quelle dei controlli normali.

A carico del *timo* si è visto invece che nei ratti trattati esso appariva macroscopicamente più piccolo di quello dei controlli normali ed all'esame istologico risultava assai povero di strutture follicolari, con timolinfociti ridotti, con stroma assai ricco e con corpuscoli di Hassal un po' più numerosi. Oltre a ciò, in circa metà dei casi, si sono notate delle piccole emorragie. Si è avuto cioè un quadro del tutto ravvicinabile a quello dell'atrofia sclerotica precoce.

Queste nostre osservazioni pongono dunque in luce come l'ormone follicolare sia capace di determinare modificazioni profonde su quasi tutto il sistema endocrino. Naturalmente questo va inteso come *influenzamento diretto* soltanto nei riguardi della preipofisi, mentre per quanto concerne le altre ghiandole endocrine è verosimile che esso s'instauri solo secondariamente ai cambiamenti subiti dalla preipofisi. Nelle nostre esperienze non si è però giunti a quel grado d'ipopituitarismo che è stato visto da Cramer ed Horning (1) e da loro considerato molto simile a quello che si ha nell'uomo nella malattia che va sotto il nome di morbo di Simmonds. Si è visto invece soltanto ciò che può chiamarsi una *disarmonia endocrina* per la quale mentre talune ghiandole (pancreas endocrino e corteccia surrenale) hanno dimostrato con la loro ipertrofia un'esaltata attività, altre ghiandole viceversa (timo, gonadi) hanno dato segni o d'involuzione come si è visto per il timo, o di arresto del normale ciclo evolutivo con la mancata formazione di corpi lutei (ovaia) o di spermatozoi (testicoli). Le nostre esperienze sono però durate soltanto 167 giorni, mentre quelle di Cramer ed Horning si sono protratte oltre le 14 settimane. Dunque è probabile che le gravi alterazioni descritte da questi Autori a carico delle ghiandole endocrine s'instaurino solo in un periodo più tardivo, cioè quando si è raggiunta, col trattamento follicolinico, la completa inibizione della funzionalità preipofisaria. È in ogni modo interessante rilevare come l'ipofisi, la quale esercita una sicura azione sull'intero apparato endocrino, sia a sua volta soggetta ad influenzamenti da parte di altre ghiandole endocrine. Ciò fa pensare che fra l'ipofisi e il rimanente sistema endocrino vi siano rapporti di influenzamento reciproco e non già che esista un predominio assoluto dell'ipofisi sulle altre ghiandole endocrine.

RIASSUNTO.

Gli Autori hanno studiato le modificazioni istologiche dell'ipofisi, gonadi, tiroide, surre-

(1) CRAMER e HORNING. Lancet, *1*, 247 e 1056, 1936.

ne, pancreas e timo in ratti (40) trattati per un lungo periodo di tempo (167 giorni) con sostanze estrogene sintetiche (*dipropionato di estradiolo e 4,4 diossi α β dietilstilbene*). Essi hanno trovato: un'ipertrofia considerevole della preipofisi ed un'ipertrofia molto meno accentuata del pancreas endocrino e della corteccia surrenale; fenomeni regressivi a carico del timo; mancata formazione di corpi lutei nelle ovaie e di spermatozoi nei testicoli. Queste modificazioni vengono interpretate come conseguenti ad un *influenzamento diretto* dell'ormone follicolare soltanto nei riguardi della preipofisi, mentre per quanto concerne le altre ghiandole endocrine gli Autori ritengono che esse s'instaurino solo secondariamente ai cambiamenti subiti dalla preipofisi. Viene posto in rilievo come l'ipofisi, la quale esercita una sicura azione sull'intero apparato endocrino, sia a sua volta soggetta ad influenzamenti da parte di altre ghiandole endocrine.

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
E DI TERAPIA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI MILANO
Direttore: Prof. D. CESA BIANCHI

Di un nuovo preparato sintetico ad azione analgesica e spasmolitica.

GIACOMO COZZUTTI, assistente

Il nuovo preparato sintetico ad azione spasmolitica ed analgesica da noi studiato è il cloridrato-metil-fenil-piperidin carbonato etilico; esso ha una stretta parentela chimica con l'atropina e analogamente a questa trova la sua più importante applicazione in tutte le sindromi dolorose dipendenti da fatti di spasmo della muscolatura liscia.

Questo preparato è stato largamente sperimentato sull'animale prima che il suo uso entrasse nella clinica. Dagli esperimenti farmacologici è risultato che il nuovo composto è capace di far scomparire anche in diluizioni notevoli (1:5 milioni) lo spasmo provocato nell'intestino isolato dalla acetilcolina ed in genere dagli stimoli vagali (pilocarpina, cloruro di bario). Modesto è invece l'effetto del preparato sulla scialorrea provocata dalla somministrazione di pilocarpina. Pure lieve è la sua influenza sul polso e sulla pressione arteriosa. Anche la dilatazione pupillare determinata da questo preparato sintetico è meno evidente di quella che si osserva per opera dell'atropina.

Dalle ricerche sull'animale è risultato inoltre che lo spasmo bronchiale provocato dall'istamina viene completamente risolto dal cloridrato metil-fenil-piperidin-carbonato etilico, che, in dosi più piccole, è in grado di prevenire l'attacco asmatico da istamina. Anche il riflesso della tosse viene abolito nel gatto dal nuovo preparato sintetico come dalla codeina. L'iniezione sottocutanea di un quinto della dose mortale del farmaco sopprime completamente la sensibilità dolorifica nel topolino bianco, senza che insorgano fenomeni narcotici; l'animale presenta inoltre il « fenomeno della coda » che, come è noto, è tipico della morfina.

Per quanto riguarda infine la tossicità del farmaco, la dose mortale del cloridrato-metil-fenil-piperidin-carbonato etilico è per il topolino di 150 mgr. pro Kgr. per via sottocutanea e di mgr. 60 pro Kg. per via endovenosa, mentre per il coniglio è di 30 mgr. pro Kg. per via endovenosa e di 700 mgr. pro Kg. per via orale. La somministrazione prolungata anche per settimane non provoca negli animali alcun disturbo apprezzabile.

Le ricerche farmacologiche hanno in conclusione dimostrato che il nuovo preparato sintetico svolge una marcata azione spasmolitica ed analgesica.

La scoperta di un farmaco che a queste due importanti azioni unisce il grande vantaggio di essere molto meno tossico e meglio tollerato non solo della morfina (di cui non possiede gli effetti narcotici e stupefacenti), ma della stessa atropina, spiega la rapida e vasta diffusione con la quale il preparato è stato introdotto ed usato nella terapia ed il vivo interesse da esso suscitato presso i medici di tutti i Paesi.

Anche se il cloridrato metil-fenil-piperidin-carbonato etilico, per la sua grande affinità con l'atropina, doveva trovare — come in effetti ha trovato — il suo più importante campo di applicazione nelle sindromi dolorose dipendenti da fatti di spasmo della muscolatura liscia, la successiva esperimentazione ha dimostrato che esso oltre ad un'intensa azione spasmolitica esercita un'azione spiccatamente analgesica anche in forme morbose nelle quali il dolore dipende da cause e meccanismi disparati.

Così risultati terapeutici brillanti sono stati osservati non solo nelle coliche epatiche, renali ed intestinali e nell'asma bronchiale, ma anche nelle affezioni dolorose di tipo nevralgico, come la sciatica, le nevralgie del trigemino e quelle intercostali, le pleurodinie, l'e-

micrania, la cefalea dei meningitici ecc.; analoga azione analgesica è stata riscontrata anche in casi di neoplasie primitive o metastatiche accompagnate da dolori intensi per compressione di tronchi nervosi, in malati di poliartrite acuta e cronica, in malati con fratture ossee, ecc.

Buoni risultati si ottennero infine anche in casi di infarto del miocardio, di angina di petto, in casi di morbo di Buerger e in casi di embolie di arterie periferiche, affezioni tutte che, come è noto, sono spesso accompagnate da dolori violentissimi.

Il cloridro-metil-fenil-piperidin carbonato etilico, fabbricato dalla Soc. An. Farmitalia e presentato sotto il nome di Mefedina, è stato langamente provato anche nella nostra Clinica.

Della nostra casistica fanno parte malati presentanti coliche epatiche, renali e intestinali, malati di asma bronchiale, cardiopatici con crisi di insufficienza ventricolare sinistra, con crisi di angina pectoris e di infarto del miocardio, casi di nevralgie a varia sede e natura, meningiti di varia natura accompagnate da grave cefalea, casi di emicrania persistente, pleurodinie gravi in malati di pleuro-polmonite e di cancro del polmone, crisi gastralgiche in tabetici, crisi dolorose da endoarterite tipo Buerger, da arterite diabetica e da embolia della femorale con manifestazioni dolorose violenti agli arti inferiori, malati in preda ad agitazione ed insonnia ostinata.

Il preparato è stato infine sperimentato in alcuni casi allo scopo di valutare la sua eventuale azione esercitata sul brivido da ipertermia febbrile sia spontanea che provocata a scopo terapeutico.

Le vie seguite per la somministrazione del farmaco furono sopratutto quella intramuscolare, quella endovenosa; in taluni casi però venne usata anche quella orale.

Le dosi adoperate per la via orale oscillano fra i 50 e i 100 mgr. equivalenti a 2-4 compresse; quelle adoperate per la via parenterale oscillano pure dai 50 ai 100 mgr. corrispondenti rispettivamente a mezza e una fiala (fiale da 2 cc.).

Riassumiamo brevemente i risultati ottenuti dalle nostre osservazioni senza esporre, per non ripeterci troppo spesso, la casistica dettagliatamente.

I malati studiati sono stati riuniti, per comodità, in diversi gruppi.

Del primo gruppo fanno parte i soggetti affetti da colecistite cronica litiasica, presentanti colica epatica più o meno violenta ed i soggetti in preda a colica renale per nefrolitiasi. In questi malati la Mefedina somministrata per via intramuscolare ha dimostrato un'azione antidolorifica rapida e netta; in generale difatti i dolori, anche se violenti, scomparivano dopo pochi minuti dall'iniezione. Accanto a questi sei pazienti ricordiamo anche due casi di angiocolite cronica, con periodiche crisi dolorose a tipo di colica epatica, nei quali il preparato ha agito con prontezza ed efficacia contro il dolore.

In sei casi di colite spastica da distonia-neuro-vegetativa presentanti coliche intestinali di non grave entità abbiamo somministrato la Mefedina per via orale, ottenendo in 4 casi la scomparsa della sintomatologia dolorosa dopo 20-30 minuti ed una marcata attenuazione di essa ad una distanza di tempo pressochè uguale negli altri due.

Un altro gruppo di pazienti comprende due casi di asma bronchiale essenziale, due casi di angina pectoris, tre casi di scompenso acuto di cuore (ventricolo sinistro) con edema polmonare in atto. Mentre in questi tre ultimi casi l'iniezione di Mefedina per via intramuscolare e poi anche per via endovenosa ha rapidamente e notevolmente attenutato l'intensa dispnea ed il senso di oppressione retrosternale caratteristici di questa sindrome morbosa, nei due casi di asma bronchiale il preparato ha agito favorevolmente in un caso nel quale ha stroncato in pochi minuti l'attacco, mentre nell'altro caso la sintomatologia soggettiva ed obbiettiva è stata solo modestamente attenuata. Nei due malati di angina pectoris, l'azione analgesica del preparato è stata pronta ed efficace: uno di essi ha notato la scomparsa del dolore dopo pochi minuti (7-8) dall'iniezione endovenosa, mentre l'altro ha avuto un netto miglioramento della sintomatologia.

Il preparato è stato anche usato in quattro casi di infarto miocardico in atto; in due di questi malati il dolore retrosternale e il senso di angoscia si sono in breve tempo notevolmente ridotti, in uno quasi completamente scomparsi, mentre nel secondo la sintomatologia dolorosa si è soltanto lievemente mitigata.

Un terzo gruppo di osservazioni comprende due casi di ischialgia, due casi di nevralgia intercostale, tre casi di artralgia in malati di poliartrite cronica primaria, quattro casi di cefalea in malati di meningite tubercolare, tre casi di grave pleurodinia, due dei quali in

malati di pleuropolmonite e uno in un malato di cancro del polmone, un caso di crisi gastralgiche in tabetico, un caso di morbo di Buerger con dolori lancinanti agli arti inferiori, due casi di arterite diabetica e un caso di embolia della femorale, tutti presentanti violenti dolori agli arti colpiti dal processo morboso.

Nei due casi di ischialgia la Mefedina per via intramuscolare si dimostrò in grado di mitigare notevolmente il dolore che tuttavia non è completamente scomparso in nessun caso, neppure con dosi di 100 mgr.

In un caso di nevralgia intercostale l'iniezione endovenosa del preparato ha fatto invece scomparire il dolore dopo circa 10 minuti, mentre nell'altro che presentava un erpes zoster intercostale l'iniezione endovenosa di due fiale del preparato (mgr. 200) ha soltanto mitigato il dolore che era particolarmente intenso.

Buon effetto sedativo contro il dolore la Mefedina ha dimostrato anche in tre casi di poliartrite cronica primaria accompagnata da altralgie più o veno violente; anche in questi malati infatti l'iniezione intramuscolare di 50 mgr. del preparato è riuscita ad attenuare notevolmente, almeno per alcune ore, la tenace e insistente sintomatologia dolorosa caratteristica di questa forma morbosa.

In tre casi di cefalea in malati di meningite tubercolare la Mefedina iniettata per via intramuscolare alla dose di 25-50 mgr. ha calmato in modo più o meno netto il dolore; nel 4° caso invece neppure dosi più alte del preparato iniettato endovena, sono state in grado di agire sull'intensa cefalea.

Tutti e tre i casi di pleurodinia accompagnante le pleuro-polmoniti ed il cancro del polmone, si sono avvantaggiati dall'uso della Mefedina, che, iniettata alle solite dosi, sia per via intramuscolare che per via endovenosa, ha sempre mitigato il dolore entro breve spazio di tempo ed in misura più o meno marcata.

Meno sensibili all'azione analgesica del preparato sono invece apparse le crisi gastralgiche dei tabetici; in un caso la sua somministrazione anche a dosi elevate per via endovenosa non ha che parzialmente ridotto la penosa e tenace sintomatologia.

Risultato ugualmente scarso abbiamo potuto riscontrare in un caso di morbo di Buerger in stadio avanzato ed in uno dei due casi di arterite diabetica accompagnati da dolori violentissimi agli arti colpiti; in questi due casi l'uso della Mefedina per via parenterale ha solo modicamente attenuato la grave sofferenza dei malati; nell'altro caso di arterite diabetica, pure accompagnata da dolori lancinanti, l'iniezione intramuscolare del preparato alla dose di 100 mgr. ha quasi completamente sedato il dolore per la durata di parecchie ore. In un malato infine di endocardite lenta con embolia della femorale la Mefedina somministrata sia per iniezione intramuscolare che endovenosa ha nettamente attenuato il dolore che però dopo poche ore, quando era esaurita l'azione antalgica del farmaco, si ripresentava violento come prima.

In alcuni casi di quest'ultimo gruppo (nevralgie, artralgie, pleurodinie) la Mefedina è stata pure somministrata per via orale con risultato meno evidente e meno pronto di quando lo stesso preparato veniva somministrato per via parenterale.

La Mefedina oltre all'azione antalgica di cui abbiamo fin'ora parlato, ha dimostrato in tutti i casi di possedere anche una notevole proprietà sedativa ed ipnotica, recando all'ammalato, oltre che la diminuzione o la scomparsa del dolore, anche l'attenuazione dello stato di irrequietezza e di agitazione fino a determinare spesso un sonno calmo e ristoratore. In alcuni casi di isterismo e di ipertiroidismo ed in altri ancora nei quali esisteva una sindrome nevrosica con agitazione ed insonnia, non accompagnata da alcuna sintomatologia dolorosa, la Mefedina è stata appunto provata al solo scopo di studiare il suo effetto sedativo ed ipnotico; orbene anche in questi casi il preparato, usato sia per via orale che parenterale, ha rapidamente attenuato in modo sempre nettissimo, i disturbi, favorendo il più delle volte un sonno tranquillo.

Come abbiamo già accennato, la Mefedina è stata da noi anche usata allo scopo di attenuare od eliminare il brivido provocato dall'iniezione di vaccini curativi in tre malati di tifo addominale e in un malato di febbre melitense. Il preparato è stato iniettato in questi casi per via endovenosa nel momento in cui iniziava il brivido. Mentre nel malato di febbre melitense la Mefedina ha solo modestamente influenzato la durata e l'intensità del brivido, nei malati di tifo il preparato ha notevolmente ridotto la durata del brivido stesso che è scomparso dopo pochi minuti dall'iniezione.

Effetti altrettanto rapidi e netti si sono osservati anche contro il brivido spontaneo da ipertermia in un caso di malaria terzana, in

un caso di angiocolite acuta e in un caso di sepsi streptococcica.

Raramente e soltanto dopo iniezioni intramuscolari od endovenose di dosi elevate (superiori ai 100 mgr.) la Mefedina ha dato luogo a fenomeni di intolleranza. Tali fenomeni, consistenti sopratutto in agitazione, cardiopalmo, cefalea, nausea sono sempre apparsi di lieve entità e si sono dileguati spontaneamente in tutti i casi entro breve spazio di tempo.

In nessun caso sono invece apparsi il vomito e l'ipotensione cardio-vascolare e neuro-muscolare così frequente ad osservarsi dopo l'uso della morfina.

La Mefedina viene tollerata molto bene anche dai malati presentanti stato generale molto scadente ed anche in quelli aventi condizioni cardio-circolatorie gravi. Si può anzi dire a questo proposito che per la Mefedina non esistono controindicazioni.

Va infine ricordato che la Mefedina non ha determinato mai, nelle nostre osservazioni, sufficientemente prolungate, fenomeni di assuefazione e di accumulo, anche nei pazienti in cui per ragioni terapeutiche è stato necessario ripetere molte volte e spesso anche per lungo tempo, la somministrazione del medicamento.

Concludendo, si può affermare che la Mefedina, mentre agisce elettivamente contro tutte le sindromi da spasmo della muscolatura liscia (coliche renali, epatiche, intestinali, asma bronchiale, ecc.), trova netta indicazione anche nel trattamento di tutti gli stati dolorosi, qualunque sia la intensità del dolore e il meccanismo dal quale esso dipende.

La Mefedina è inoltre un preparato pressochè innocuo, che pure svolgendo oltre all'azione analgesica anche un'azione leggermente sedativa ed ipnotica, si dimostra privo degli inconvenienti accessori propri della morfina e della atropina.

La Mefedina pertanto, grazie alla sua grande attività non disgiunta da una quasi assoluta innocuità, può essere vantaggiosamente sostituita alla morfina e all'atropina e va considerato come una vera conquista nella terapia del dolore contro il quale si dimostra arma preziosa e sicura.

RIASSUNTO.

Vengono brevemente riferiti i risultati ottenuti dall'impiego di un nuovo preparato sintetico ad azione spasmolitica ed analgesica (cloridrato-metil-fenil-piperidin-carbonato etilico).

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
E TERAPIA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
Direttore: prof. ANTONIO GASBARRINI

Ulteriore contributo clinico alla terapia di alcune disfunzioni epatiche con nicotinamide.

Dott. ENRICO JASONNI, assistente.

Dopo che per opera di Goldberger e di Elvejem e coll. è stato possibile l'isolamento della vitamina PP, e che per merito di numerosi ricercatori (Fouts e coll., Spies, Künhau, Frontali, Visco, Sotgiu e molti altri) tale vitamina è stata identificata con il fattore antipellagroso, l'acido nicotinico e la sua amide sono stati sperimentati con successo in svariate condizioni morbose più o meno connesse, dal lato patogenetico, alla pellagra umana, o comunque costituite da qualche suo sintomo fondamentale, fra le quali principalmente alcune affezioni dell'apparato digerente (glossiti, dispepsie, enterocoliti, ecc.) (Condorelli, Gueffroy e Luce, Mortara, Longo e Borghese, Malaguzzi-Valeri, Corazza, Acanfora ed altri).

Ma oltre alla pellagra ed alle sindromi affini carenziali, i composti nicotinici, grazie alle loro varie proprietà farmacologiche extravitaminiche, hanno trovato numerose altre interessanti e fortunate applicazioni terapeutiche, ottenendo in alcune di esse (angiopatie, dermopatie, ecc.) risultati veramente molto brillanti.

Un nuovo campo di applicazione di particolare interesse, proposto abbastanza di recente da Villa, è rappresentato dalle disfunzioni epatiche. Questo A., partendo dalla nozione già acquisita del benefico effetto della terapia nicotinica in alcune sindromi (coproporfirinurie) sostenute principalmente da uno stato d'insufficienza del fegato, ha trattato con acido nicotinico o nicotinamide alcuni casi di epatopatie di svariata natura, e precisamente due casi di ittero da arsenobenzolo, un caso di ittero in corso di polmonite, un caso di eczema umido diffuso recidivante accompagnato da altri periodici sintomi di insufficienza epatica, ed infine due casi di epatite itterica, uno dei quali a decorso molto grave con minaccia di atrofia gialla, osservando in tutti una costante e decisa influenza a carattere risolutivo, distinta sopratutto da una precoce regressione dello stato itterico. Sulla base di queste accurate osservazioni cliniche, non molto numerose, ma pienamente concordanti circa

la pronta efficacia del trattamento, il Villa ritiene che l'acido e l'amide nicotinici, i quali possiedono sotto questo aspetto un'azione sostitutiva degli estratti epatici, possano essere usati con grande vantaggio nelle disfunzioni del fegato in cui esiste ancora una certa reversibilità della alterazione anatomo-funzionale della cellula epatica, la quale deve essere in grado di potere riacquistare la sua completa integrità; vale a dire sopratutto negli itteri epatocellulari. Nessun effetto, come facilmente può comprendersi, è invece ottenibile in quei processi morbosi, quali le cirrosi, in cui la compromissione anatomica è troppo estesa ed irreversibile.

Questi interessanti dati clinici del Villa hanno trovato piena conferma nelle più recenti osservazioni riferite da me e da Monetti e nell'ampio recentissimo contributo dello stesso Monetti. Le prime osservazioni riguardano quattordici casi di comune ittero catarrale, un caso di epatite acuta tossica da Atophan ed un caso di intossicazione sulfamidica con evidente patimento epatico, nei quali, in seguito a somministrazione piuttosto generosa di amide nicotinica, è stata riscontrata una precoce ripresa funzionale del fegato, con pronto ripristino del deflusso biliare e risoluzione dei fenomeni itterici più rapida della consueta; il secondo contributo riguarda ben quaranta casi di epatiti acute itteriche osservate in militari, risolte e guarite, in seguito allo stesso trattamento, in un volgere di tempo per lo più abbreviato rispetto alla norma.

Incoraggiato da questi risultati, allo scopo di ampliare la favorevole esperienza acquisita, saggiando l'effetto del trattamento in una maggiore casistica, ho sottoposto a sola terapia nicotinamidica, oltre ben s'intende alle usuali prescrizioni dietetiche, altri tredici epatopazienti, dei quali nove affetti da ittero catarrale, tre, di giovanissima età, da epatite itterica di probabile natura infettiva, ad inizio più tumultuoso e febbrile, ed uno da epatite acuta tossica da arsenobenzolo. Anche questi pazienti, pertanto, tutti giovani e senza particolari tare (nell'ultimo soggetto l'infezione luetica era di data recentissima), erano affetti da disfunzioni epatiche reversibili, per lo più benigne ed anche a facile risoluzione spontanea, ma comunque particolarmente adatte a mettere in evidenza clinicamente gli effetti del trattamento. Se infatti è cosa nota che gli itteri così detti catarrali, spesso di origine tossica alimentare, di cui soffriva la maggior parte dei malati considerati, possono avere un decorso piuttosto variabile, da oltremodo breve e favorevole ad oltremodo grave e prolungato, tale da condurre all'atrofia gialla, è pur vero che normalmente la loro durata media è di due-tre settimane e la loro sintomatologia clinica così evidente e tipica, che ogni eventuale modificazione indotta dalla terapia risulta di facile osservazione.

L'amide nicotinica («Nicota» Bracco) è stata somministrata preferibilmente per via intramuscolare, alla dose giornaliera iniziale di gr. 0,20-0,30, per qualche giorno, seguita da dosi minori (complessivamente per la durata di sette-dieci giorni); in alcuni soggetti è stata scelta la via orale, con dosaggi lievemente più elevati (inizialmente 2-3 compresse da gr. 0,20 pro die).

L'efficacia della cura nicotinica anche in tutti questi infermi, se si eccettuano due casi di ittero catarrale, è apparsa molto palese e talora davvero decisiva ed immediata, ripristinandosi il deflusso biliare nel volgere di pochi giorni e regredendo l'ittero più rapidamente del consueto. Particolarmente in alcuni di questi pazienti, trattati precocemente, il decorso clinico è stato sensibilmente abbreviato e reso oltremodo benigno, per la pronta attenuazione o cessazione dei disturbi gastro-intestinali, la ripresa dell'appetito, la diminuzione del prurito cutaneo e la rapida risoluzione dello stato itterico, documentata anche dalla scomparsa dei pigmenti e dei sali biliari nelle urine, dall'aumento del bilinogeno fecale e dalla normalizzazione della bilirubinemia, nei casi in cui questa è stata sistematicamente studiata.

Due soli pazienti, come è stato accennato, sono apparsi, al contrario, piuttosto refrattari al trattamento, la cui influenza è stata molto scarsa e assai poco evidente, avvenendo tardivamente il completo ripristino della normale funzione biliare ed a lungo persistendo i fenomeni itterici.

Anche i risultati ottenuti in questi epatopazienti, pertanto, tutti affetti in verità da forme morbose spontaneamente benigne, ma così decisamente bene influenzate, confermano quelli riferiti in precedenza da me e da Monetti, ed i primi del Villa, alcuni dei quali riguardanti casi di disfunzioni epatiche di maggiore gravità, ed attestano ulteriormente l'efficacia della terapia nicotinamidica in questo suo interessante campo di applicazione.

Di alcune indagini che hanno corredato le sudescritte osservazioni cliniche, indagini condotte allo scopo di meglio documentare la favorevole influenza del trattamento sulla fun-

zionalità epatica, sarà riferito dettagliatamente altrove.

Mi basta qui ricordare che l'esame sistematico delle urine ha messo in evidenza in quasi tutti gli infermi trattati la scomparsa più o meno pronta, ma comunque precoce, dei sali o dei pigmenti biliari, mostrando, al contrario, una urobilinuria a lungo persistente, presente in traccie anche quando la sindrome itterica era completamente regredita; ed inoltre che in alcuni dei casi di ittero catarrale è stato anche studiato il quadro protidemico (metodo chimico di Wu Ling - Greemberg) all'inizio ed al termine della somministrazione nicotinamidica, osservandosi una immediata normalizzazione od una evidente tendenza alla normalizzazione dei valori, in partenza per lo più modicamente deviati verso l'ipoprotidemia e l'abbassamento del quoziente proteico. Questa indagine, pertanto, che in altra sede sarà oggetto di più ampia trattazione, parimente a quella della glucuronuria spontanea riferita in una precedente nota (Monetti e Jasonni), documenta nei pazienti presi in esame la rapida ripresa funzionale del parenchima epatico, ed anche più genericamente l'attività epatofila dell'amide nicotinica.

Il meccanismo col quale l'azione terapeutica dei composti nicotinici si svolge nell'ambito delle disfunzioni epatiche, è tuttora oscuro e costituisce un argomento di studio di particolare interesse. Villa ha prospettato l'ipotesi che si debba trattare essenzialmente di una attivazione dei processi ossido-riduttivi, e quindi della funzione respiratoria, della cellula epatica, funzione questa fondamentale a cui sono strettamente subordinate tutte le altre, fra cui anche quella biligenetica, e che negli itteri epatocellulari viene ad essere alterata da cause tossiche o tossiniche. I noti rapporti della vitamina PP colle codeidrasi (Warburg, Euler e coll.), vettori di idrogeno di natura enzimatica che presiedono agli intimi processi di ossidoriduzione dei tessuti, possono convalidare tale ipotesi, la quale del resto viene avvalorata anche dal comportamento della glucuronuria spontanea osservato e descritto da Monetti e da me. Se si tiene presente, infatti, che l'acido glucuronico non è che un derivato per ossidazione del glucosio, di origine epatica, per lo meno in massima parte, la sua precoce e talora immediata ricomparsa nelle urine degli itterici presi in esame, difficilmente trova spiegazione se non con una intensa attivazione dei processi ossidativi della cellula epatica, provocata dal trattamento.

Partendo da tale concetto, ho ritenuto non privo di interesse sperimentare in alcuni casi di ittero catarrale anche l'influenza di altre vitamine, somministrate a dosi piuttosto elevate, e precisamente della aneurina, della lattoflavina e dell'acido ascorbico, vitamine che per sicura acquisizione hanno analoghe proprietà attivatrici delle ossidoriduzioni cellulari; il loro effetto sullo stato itterico è risultato negli infermi presi in esame assai poco evidente ed assolutamente imparagonabile a quello ottenuto con l'amide nicotinica. È certo, comunque, che anche questi fattori vitaminici possiedono un'azione epatofila, la quale, ben nota ed attestata da numerose osservazioni cliniche e sperimentali, deve appunto riferirsi con ogni verosimiglianza alla loro comune proprietà biologica suaccennata.

L'importanza della vitamina C quale utile fattore al fegato è ormai un'acquisizione positiva della terapia clinica, e da tempo è comune la sua applicazione terapeutica in questo senso. Recenti ricerche di Diehl hanno dimostrato la benefica influenza protettiva della lattoflavina sulla cellula epatica, e la notevole efficacia di questa vitamina nelle epatiti tossiche.

L'ipotesi emessa da Villa, dunque, secondo la quale l'azione curativa dei composti nicotinici nelle disfunzioni del fegato si svolge direttamente sulla cellula epatica, stimolando la sua principale funzione, pur attendendo ulteriori conferme sperimentali, merita la massima considerazione. Anche altre loro azioni, comunque, quali quelle eccito-secretiva e tonica sul tratto gastro-enterico, accuratamente studiate e documentate dalle ricerche di vari AA. (Spies e coll., Sotgiu e Romaro, Scaffidi e Talamo, Corazza e molti altri), meritano di essere ben valutate, potendo favorire indirettamente il pronto ripristino della normale funzione epato-biliare. Ricerche in corso, inoltre, permettono di prospettare un azione propriamente colagoga della nicotinamide, atta cioè a facilitare il deflusso biliare e capace di contribuire, specie in alcune forme di ittero veramente catarrali, alla rapida risoluzione dei fenomeni itterici, così spesso osservata negli epato-pazienti trattati.

La modalità, pertanto, dell'azione terapeutica dei composti nicotinici nelle disfunzioni epatiche è certamente complessa e tuttora piuttosto oscura, vari fattori forse concorrendo direttamente ed indirettamente al benefico effetto del trattamento. La sua influenza favorevole, ed in molti casi la sua pronta efficacia curativa, è, comunque, attestata dalle osservazioni cliniche del Villa, da quelle succes-

sive mie e di Menotti, dall'ulteriore ampio contributo casistico di Monetti ed ancora da questi più recenti risultati, che ho ritenuto opportuno qui brevemente riferire.

Sulla base di tali dati, concordi ed abbastanza numerosi, si può ritenere che l'acido, e meglio ancora l'amide nicotinica, priva dei molesti fenomeni secondari circolatori del primo, possono essere somministrati con grande vantaggio e talora con effetto prontamente risolutivo in alcune patopatie disfunzionali, ed in particolare negli itteri epatocellulari, soprattutto così detti catarrali, affezioni quest'ultime molto comuni, per lo più benigne ma non di poca importanza, le quali assai scarsamente vengono influenzate dai vari altri mezzi medicamentosi più in uso.

La futura più larga esperienza clinica e sperimentale, peraltro, potrà meglio provare e documentare l'attività terapeutica della nicotinamide in questo suo interessante campo di applicazione, e portare miglior luce sul complesso intimo meccanismo d'azione del trattamento. L'argomento è di alto interesse pratico e scientifico.

RIASSUNTO

Dopo un breve cenno alle varie applicazioni terapeutiche vitaminiche ed extravitaminiche dei composti nicotinici, ed in particolare al loro efficace impiego, proposto dal Villa, in alcune disfunzioni epatiche reversibili, l'A. porta un nuovo contributo clinico in argomento, riferendo dei risultati osservati in nove casi di comune ittero catarrale, in tre casi di epatite itterica probabilmente infettiva, ed in un caso di ittero tossico da arsenobenzolo, nei quali tutti l'effetto del trattamento sullo stato itterico è risultato evidente, ed in taluni prontamente risolutivo. Viene infine brevemente discusso il complesso meccanismo di questa azione terapeutica dell'amide nicotinica.

BIBLIOGRAFIA

Acanfora G. Ann. Medicina Navale e Coloniale, 9, 435, 1942.

Condorelli L. Riforma Medica, 42, 1939.

Id. Boll. Soc. Med. Chir. di Catania, 7, 694, 1939.

Corazza G. Bull. Scienze Mediche, 4, 1941.

Diehl F. Therapie der Gegenwart, 11, 1942.

Euler V. e Schlenk Klin. Wochen., 33, 1939.

Frontali G. Arch. Ital. Med. Sper., 8, 745, 1938.

Id. Boll. Soc. Med. Chir. di Padova, 30, 225, 1938.

Frontali G. e Ferrari G. Minerva Medica, 32, 133, 1938.

Fouts, Helmer, Lepkovsky e Jukes. Proc. Soc. Exper. Biol. e Med., 37, 405, 1937.

Gueffroy e Luce. Munch. Mediz. Wochen., 88, 159, 1941.

Künhau W. Medizin. Klinik, 33, 1088, 1938.

Longo A. e Borghese A. Athena, 9, 171, 1940.

Monetti G. Giornale di Medicina Militare, 11, 910, 1942.

Monetti G. e Jasonni E. Policlinico, Sez. Prat., 24, 857, 1942.

Mortara M. Gazz. Osped. e Clin., 41, 1018, 1940.

Scaffidi V. e Talamo L. Folia Medica, 25, 1011, 1939.

Sotgiu G. La Clinica, 5, 254, 1939.

Sotgiu G. e Romaro L. Atti Soc. Med. Chir. di Padova, 17, 214, 1939.

Spies D. The Lancet, 5970, 1938.

Spies D., Bean V. e Stone R. E. J.A.M.A., 111, 584, 1938.

Villa L. Riforma Medica, 11, 335, 1941.

Visco S. Quaderni della Nutrizione, V, 3-4, 1938.

Warburg, Christian e Griese. Biochem. Zeit., 282, 157, 1935.

TECNICA CHIRURGICA

Ospedale dei bambini « Salesi » - Ancona

Direttore e chirurgo primario: Prof. A. Caucci

L'orchidopessia scrotale col metodo Caucci

Dott. N. San Martino

Specialista urologo, aiuto chirurgo

Dal registro operatorio dell'Ospedale dei Bambini su 4000 interventi circa abbiamo rilevati 78 casi di ectopia testicolare mono o bilaterale. Se pensiamo poi che i due terzi di tali interventi appartengono all'Ortopedia vediamo subito come non potendo parlare di malformazione frequente non la si può nemmeno descrivere fra quelle rare.

Nel 46,6% si trattava di malformazione unilaterale e nel 53,4% bilaterale con una frequenza del 18,6% a destra e del 9,3% a sinistra.

L'ernia, quale complicazione più frequente, nel 21,2% unilateralmente e nell'1,3% bilaterale; e poichè parliamo delle ernie diremo subito che lè forme bilaterali non complicate si ebbero nel 34,6%, complicate ad ernia unilaterale nel 5,3% e bilaterale nel 6,6%. Tuttavia la persistenza del canale vagino peritoneale è della massima frequenza, anche se non abitato da anse intestinali.

Altre complicazioni meno frequenti sono: l'idrocele che constatammo nel 2,6%; l'ernia strozzata in qualche caso; la torsione del testicolo in tre casi; tumore in un caso ed in individuo adulto. La torsione del testicolo, accidente non del tutto raro nei bambini, spesso di difficile diagnosi, che lasciata a se può evolvere come un'orchite acuta residuandone l'atrofia dell'organo, sembra più frequente nel-

la criptorchidia. Certo che parecchie delle così dette orchiti acute dei bambini, all'infuori di malattie infettive, sono torsioni del testicolo non diagnosticate. Riguardo ai tumori si è detto che l'ectopia predisponga al cancro; se sia l'anormale posizione dell'organo o il fatto che in un testicolo aplasico più facilmente si verifichino delle inclusioni embrionarie che danno poi origine al cancro (embrioma), non è dimostrato ancora; certo che la seconda ipotesi è più soddisfacente della prima. In ogni caso non sappiamo con quali criteri si arrivi a tale asserzione; nè possiamo dire l'ultima parola in merito. Un caso di tumore di difficilissima diagnosi è stato operato dal prof. Caucci. Si trattava di un adulto in cui l'appendice aveva provocata la suppurazione di un seminoma voluminoso sviluppatosi in un testicolo intraddominale.

Come malformazioni concomitanti si è avuto un solo caso con ipospadia totale, perfettamente guarito con plastica secondo Duplay-Marion.

Sezione schematica dello scroto nell'*orchidopessi scrotale secondo Caucci*: la figura mostra il testicolo riposto nella nuova loggia sottocutanea dello scroto, trattenuto da un diaframma formato dagli strati profondi di questo (dartos, fascia di Cooper, tunica fibrosa).

L'ectopia del testicolo può essere intra o extra addominale. La prima forma non ha alcun interesse chirurgico; della seconda, quella che ci interessa più da vicino, possiamo distinguere parecchie varietà: l'ectopia inguinale è la più frequente e si distingue in interstiziale e sottocutanea; quest'ultima (più comune) si presta meglio all'orchidopessi scrotale; il testicolo può esser fisso o mobile: fisso in genere è piccolo, molle, atrofico, e l'epididimo col deferente possono assumere svariate forme e posizioni che bisogna tener ben presenti durante l'intervento per non correre il rischio di lederli. Le forme di testicolo mobile possiamo chiamarle le più benigne nel senso che la riposizione nelle borse può avvenire anche con manovre esterne senza bisogno di intervento chirurgico, e quando questo sia necessario permette sempre un'ottima e facile riposizione.

Eccezionale è l'ectopia sotto addominale di Delore e Leriche; davanti al pube; l'ectopia peniena di Guermonprez, in cui la glandola si trova sotto la cute della verga; l'ectopia cruro scrotale; l'ectopia penieno crurale ecc.

Quali siano le cause che arrestano la discesa del testicolo è un problema tutt'ora oscuro e non staremo a ripetere le ipotesi; sta di fatto che si riscontra il testicolo frenato da barre fibrose disposte in tutti i sensi, che vanno dall'anello inguinale interno alle borse, come se il gubernaculum testis avesse sparse le sue fibre a guisa di ventaglio e queste avessero prese aderenze anormali, sicchè non vediamo come possano le cure ormoniche con tanta insistenza prodigate dai medici ottenere la mancata migrazione nello scroto. Di tali cure ormoniche somministrate per lungo tempo non abbiamo mai constatato alcun risultato. L'unico sistema di cura è quello chirurgico che bisogna eseguire a tempo opportuno, nella seconda infanzia, nell'età prepubere da 4 a 8 anni. Si può bensì avere un ritardo di migrazione che pure si compie spontaneamente nei primi mesi di vita. Ma se dopo il terzo anno il testicolo resta ectopico solo la cura chirurgica può riporlo in sede normale.

La cura operatoria è indicata per i seguenti motivi: 1) sopprimere il frequente persistere del dotto vagino-peritoneale, sia che esista un'ernia in atto, sia che ne esista solo la predisposizione; 2) evitare gl'incidenti ed i disturbi a cui predispone l'ecotopia (dolori, torsioni, traumi, infezioni); 3) evitare l'atrofia a cui il testicolo ectopico va incontro nell'avvenire.

Quest'ultimo punto va vagliato. È dimostrato che il testicolo ectopico è congenitamente ipoplasico e che tale ipoplasia s'accentua dopo la pubertà, sino all'atrofia. L'ipoplasia anatomica si congiunge ad ipoplasia funzionale, sia dal lato della spermatogenesi che da quello della secrezione interna (Uffreduzzi).

Ma tale valutazione funzionale è difficile dimostrare in ogni caso; essa può farsi solo nei casi bilaterali; d'altronde la prova istologica non può darsi che a prezzo della castrazione. Si suppone in base ad alcune constatazioni cliniche che il permanere del testicolo in sede ectopica favorisca l'ulteriore aplasia anatomo-funzionale, e che invece la precoce sua riposizione nello scroto sia favorevole alla conservazione del valore anatomico e fisiologico (sia pure ridotto) della glandola; ma a condizione che l'intervento venga eseguito prima della pubertà.

L'orchidopessi scrotale in primo luogo è condizionata da sufficiente lunghezza del cordone spermatico, dopo liberazione degli impedimenti anatomici, quali: il canale vagino peritoneale, i tralci fibrosi, il cremastere.

Bisogna rispettare i vasi; pertanto non osiamo sezionarli affidando la nutrizione della glandola alla sola arteria deferenziale; inoltre riteniamo pericolose le trazioni esercitate per mantenere il testicolo in fondo allo scroto (punto di fissazione alla coscia, incrocio dei testicoli, ecc.). Si può sezionare i vasi epigastrici o scavalcarli passando il testicolo dietro di essi. Ma se nondimeno il funicolo non consente il raggiungimento dello scroto, è preferibile riporre il testicolo nel tessuto preperitoneale. Non ammettiamo la castrazione che per complicazioni (torsione, ecc.), giacchè la presenza della glandola, oltre al valore morale, può rappresentare una riserva ormonica sufficiente, anche se scarsa.

Seconda condizione di successo dell'orchidopessi scrotale è il contenere la glandola seminale nello scroto, chè la semplice sua fissazione al fondo di questo con un punto è insufficiente ad impedire la risalita; il punto di appoggio alla coscia (Kocher e Bramann) espone il cordone a trazione ischemizzante. Impratici e complessi sono a tal fine vari metodi: il migliore senza dubbio è quello volgarizzato da Ombrédanne che si vale del setto mediano delle borse come diaframma di contenzione del testicolo trasportato nell'altra loggia scrotale. Tale metodo costringe il testicolo a percorrere un tragitto più lungo del necessario, quindi lo sottopone ad una trazione, più accentuata quando si tratti di operazione bilaterale, che è necessario eseguire in due sedute se non si vuol rischiare la necrosi della glandola (come da noi constatata).

Il procedimento del Caucci ripone il testicolo nel fondo dell'emiscroto corrispondente, avvalendosi per la contenzione del dartos e della tunica cremasterica scollata dalla cute del fondo; tale intervento può eseguirsi bilateralmente nella stessa seduta.

Liberati con incisione inguinale il testicolo ed il funicolo, si pratica sul fondo scrotale una incisione della sola cute, che si scolla dal dartos e dalla cremasterica in modo da scavare nello spessore della parete scrotale una loggia sufficiente ad allogare il testicolo; con un klemmer introdotto chiuso dalla incisione del fondo scrotale si perfora il dartos scollato ed il connettivo che riempie la loggia scrotale disabitata (che non viene come negli altri metodi scavata dall'incisione iliaca), si afferra il polo inferiore del testicolo per i residui dei tralci fibrosi e lo si attrae nella loggia scrotale sottocutanea; il foro del dartos si restringe intorno al funicolo con uno o due punti; quindi si sutura la cute scrotale sopra il testicolo. Si termina suturando a strati la ferita inguinale (in presenza di ernia si esegue la sutura del piano muscolare con la variante Mugnai).

Il metodo Caucci deriva dall'esperienza dei vari metodi di fissazione scrotale: è semplice, direi non traumatizzante e sicuro nel risultato anatomico. La glandola non soffre nè stiramenti nè torsioni e riposa molto bene nella nuova dimora.

S'è provata la fissazione del testicolo con un filo alla cute dello scroto ed alla coscia (nel primo la cute dello scroto si introflette a dito di guanto ed il testicolo retraendosi torna in posizione anomala; nel secondo si rischia l'ischemia); col metodo d'Ombrédanne si sottopone il testicolo ad uno stiramento superiore al necessario, specie nelle forme bilaterali, nelle quali è necessario intervenire in due tempi.

I numerosi casi operati col metodo Caucci, seguiti anche a distanza di tempo, hanno dato un esito brillante. Non si sono mai lamentati disturbi locali inerenti la glandola, il funicolo o la loro circolazione; si deve solo raccomandare di fare lo scollamento cutaneo quanto è necessario per ricoprire il testicolo ed evitare che la sutura della pelle non sia stirata, per prevenire piccole necrosi cutanee.

Dei 78 operati nel 60 % si praticò la tecnica di Walther-Ombrédanne per la maggior parte ed in parecchi le altre descritte, e nel 40 % quella di Caucci.

In questi ultimi tempi gli altri procedimenti sono stati abbandonati e quest'ultimo è quello da noi seguito sistematicamente.

RIASSUNTO.

L'A. trattando molto succintamente l'ectopia del testicolo parla delle complicazioni che l'accompagnano e della sua frequenza. Descrive un nuovo metodo di fissazione scaturito dall'osservazione di altri metodi simili: l'*orchidopessia scrotale secondo Caucci*, ed illustra la tecnica operatoria che consiste nel riporre il testicolo in una nuova loggia scavata tra la cute dello scroto e le tuniche sottostanti. Il testicolo viene riposto nello stesso emiscroto ove avrebbe dovuto trovarsi e l'intervento si può eseguire contemporaneamente da ambo i lati. Si dichiara soddisfatto per i risultati ottenuti in 32 casi, sia dal punto di vista funzionale che estetico.

SUNTI E RASSEGNE

MISCELLANEA.

Il fattore ereditario nell'asma.

(C. JIMENEZ DÍAZ e V. OJEDA. *Rev. Clin. Españ.*, 1° dicembre 1941).

Salvo poche opinioni contrarie oggi sembra accertata l'importanza dei fattori ereditari nell'asma bronchiale. Però in pratica è difficile rendersi conto di quest'influenza, dire se essa rivista veramente un'importanza fondamentale e indicare di quale tipo di eredità si tratti.

Le difficoltà vengono dall'abbondanza del materiale e a volte dalla disparità con cui il materiale è stato raccolto. Per prima cosa bisognerà tener conto di condizioni morbose legate all'asma e su cui non sempre si investiga accuratamente, come l'urticaria, l'edema angioneurotico, le distonie addominali (colopatie, colidiscinesie), alcune affezioni cutanee (eczema, neurodermiti, prurigine). Ma mentre è relativamente facile stabilire se un asmatico ha di questi precedenti personali, è molto difficile stabilire in maniera sicura se questi precedenti esistono anche nei familiari.

Gli AA. hanno esaminato dal punto di vista del fattore ereditario 1000 casi di asma bronchiale raccolti nella sezione di malattie allergiche dell'Istituto di ricerche mediche.

Il primo quesito discusso è quello della possibile ereditarietà diretta dell'asma. Su 1000 casi solo 330 avevano precedenti familiari asmatici, quindi di eredità si può parlare solo nel 33 % dei casi. Di questi casi si possono fare tre gruppi: quelli con antecedenti unilaterali, bilaterali e collaterali.

Il gruppo dei precedenti bilaterali riguarda cinque famiglie con 22 membri. Di questi solamente 8 hanno avuto asma bronchiale (ereditarietà nel 36,3 %). I casi di eredità unilaterale si sono avuti in 194 famiglie con 1144 membri, di cui 912 sani e 232 asmatici, ossia 20,2 %. Le altre 131 famiglie avevano eredità collaterale. Esse avevano 761 componenti, di cui 583 sani e 178 malati (23,3 %).

In ultimo si registrano 678 casi senza precedenti ereditari.

L'esistenza di fattori ereditari nell'asma bronchiale è dimostrata dalla maggiore frequenza dei casi in cui si può dimostrare un fattore ereditario e dal fatto che il numero degli asmatici con precedenti ereditari bilaterali è quasi doppio del numero degli altri asmatici.

Fu anche fatta un'indagine sui vari tipi di asma nei riguardi dell'ereditarietà. Si vide che la frequenza di eredità positiva varia col tipo di asma e precisamente essa è del 43 % per il tipo batterico, del 60 % pel tipo pollinico, del 66 % per il tipo alimentare, del 50 % per l'asma da prodotti animali e da polvere, del 38 % per le forme climatiche, del 33 % per quelle professionali.

Le cifre indicate in proposito da altri autori differiscono sensibilmente da queste. Per esempio Ratner dà una positività del fattore ereditario nel 100 %; mentre Buchanan ritiene che l'ereditarietà non abbia nessuna parte nell'asma, basando quest'asserzione sulla sua percentuale veramente scarsa (8 % circa).

Secondo Spain Cooke si tratta di un'eredità di carattere dominante, mentre per Atkinson l'eredità è quella di un carattere regressivo.

Il fattore ereditario presente nell'asma è un elemento a favore dell'importanza della costituzione nel determinismo della sindrome asmatica. L.

Sindromi istaminiche e medicamenti antagonisti dell'istamina.

(J. L. PARROT, *La Presse Méd.*, 19 dicembre 1942).

È noto che i vari effetti fisiologici dell'istamina (contrazione delle fibre muscolari dei visceri e delle arteriole, dilatazione dei capillari, aumento della permeabilità delle pareti dei capillari stessi, abbassamento della pressione arteriosa) non vengono inibiti da una dose di atropina capace di inibire gli analoghi effetti di altre sostanze parasimpaticomimetiche. Esistono bensì alcuni antagonisti naturali dell'istamina — quali l'istidina, l'arginina, la cisteina, la guanidina — ma la loro azione è di gran lunga meno efficace e meno completa che non quella di alcuni antagonisti sintetici, che moderni ricercatori sono riusciti ad ottenere: su tale argomento verte un recentissimo lavoro di J. L. Parrot.

L'istamina è, come sappiamo, un'amina del gruppo degli imidazoli, e precisamente la β-imidazol-etil-amina; antagonisti sintetici di essa sono alcune basi ad anello benzenico: l'amino-metil-benzodioxan (o 933 F), la fenil-etil-dietilamina e suoi derivati (o 929 F), le fenil-etilendiamine sostituite (1571 F, 2325 RP, 2339 RP).

Il 933 F, alla concentrazione di 1/100.000, inibisce l'effetto dell'istamina sull'intestino isolato della cavia (Parrot, Ungar e Bovet) ed esercita azione protettiva contro lo choc istaminico, nel coniglio (Valléry-Radot, Bovet, Mauric e Holtzer); ma nessuna azione antiistaminica esercita nell'uomo, almeno nelle dosi in cui è stato possibile sperimentarlo.

Il 929 F e il 1571 F, alla concentrazione di 1/1.000.000, proteggono la cavia contro 2, e anche 4 dosi mortali d'istamina (Bovet e Staub), ma, data la loro elevata tossicità, possono venir usati in terapia umana soltanto in dosi (dose massima per il 929 F: mg. 4 nelle 24 ore) che di solito risultano insufficienti a sviluppare un'azione anti-istaminica utile.

Il 2325 RP e il 2339 RP, alla concentrazione di 1/10.000.000, inibiscono l'effetto dell'istamina sull'intestino isolato della cavia e proteggono quest'animale contro 50-60 dosi mortali d'istamina (B. N. Halpern); la dose terapeu-

tica essendo circa 175 volte più piccola della dose minima mortale, possono venir somministrati all'uomo in dosi adatte a ottenere effetti antagonisti a quelli dell'istamina. Usato in terapia è il 2339 RP (Antergan), che può esser dato per via endovenosa in piccole dosi (2-4 cc. di una soluzione al 2,5 %), ma preferibilmente per via orale, saggiando prima la reattività del soggetto con g. 0,40-0,80 nelle 24 ore, suddivisi in parecchie dosi di g. 0,10 ciascuna; già con g. 0,30 nelle 24 ore si possono ottenere talora ottimi risultati; solo eccezionalmente si giungerà alle dosi massime di g. 1-2 nelle 24 ore, la prima dose somministrata dovendo allora essere di g. 0,20 o anche di g. 0,40. Il medicamento è di solito ben tollerato, non si accumula nell'organismo, venendo eliminato poche ore dopo l'ingestione. La dose efficace e quella in cui si manifestano i primi sintomi d'intossicazione variano molto a seconda degli individui e del momento della somministrazione. L'azione è rapida e transitoria: avvertibile un quarto d'ora dopo l'ingestione, cessa in capo a 2 o 3 ore; da ciò la necessità di somministrare piccole dosi ripetute, ogni 2 ore. La cura verrà interrotta, dopo 15 giorni, da un periodo di riposo; tuttavia Parrot non ha rilevato nessun inconveniente, salvo quello di una netta assuefazione, somministrando il medicamento per 3 mesi consecutivi alle dosi di g. 0,30-0,40 al giorno per 4 giorni di ciascuna settimana. Nella pratica pediatrica, vanno usate dosi quotidiane di gr. 0,30-0,40 nella prima infanzia, di gr. 0,60 nella seconda infanzia.

Risultati in complesso soddisfacenti sono stati ottenuti, da vari AA., nelle seguenti forme morbose:

1) orticaria: sensibili si sono mostrati specialmente i casi di orticaria di origine digestiva;

2) edema di Quincke;

3) malattia da siero;

4) artropatie anafilattoidi;

5) asma: risultati favorevoli si sono ottenuti in particolare nei casi non accompagnati da bronchite cronica e in quelli di asma infantile; l'effetto preventivo è più notevole che non quello curativo dell'attacco asmatico già scatenato; l'effetto curativo varia da un attacco all'altro, nella sua entità, e può richiedere la somministrazione di dosi forti (gr. 1,50 e più nelle 24 ore); talvolta un brillante successo può aversi adoperando la via endovenosa;

6) coriza vasomotoria;

7) emicrania: specialmente nei casi in cui l'emicrania si trova associata a disturbi epatici o ad orticaria;

8) pruriti: da orticaria, da malattia da siero, da eczema; prurito anale, vulvare; prurito che accompagna la malattia di Duhring-Brocq, ecc.

In tesi generale si può dire (Halpern) che gli anti-istaminici sintetici neutralizzano più facilmente gli effetti eccitatori che non gli effetti inibitori prodotti dall'istamina: essi non impediscono la liberazione d'istamina e non la distruggono nell'organismo nè direttamente nè attraverso un'attivazione dell'istaminasi, ma agiscono sui tessuti modificandone le reazioni cellulari verso l'istamina.

L'anti-istaminico non può sostituire una terapia causale, quando questa sia possibile; ma è prezioso appunto allorchè l'etiologia delle suddette forme allergiche rimane ignota o quando la causa morbosa non è eliminabile o ancora quando sia necessario intervenire rapidamente.

Va infine ricordato che questo medicamento ha un effetto vasocostrittore e un effetto ipertensivo, sia pur modico e transitorio, e che frequentemente può dar luogo a lievi disturbi (vertigini, anoressia, nausea, vomito), per attenuare i quali conviene sempre frazionare il più possibile le dosi e, talora, rinunciare alla somministrazione per via orale, ricorrendo a quella per via endovenosa. A. B.

Il decubito.

(H. SUHS. *Wien. Klin. Wochenschr.*, 26 febbraio 1943).

Fino a poco tempo fa si credeva che il decubito si iniziasse con una necrosi della pelle nei punti di maggior pressione: i germi penetrati attraverso la pelle necrosata invaderebbero poi poco a poco gli strati più profondi. Oggi invece si ammette una patogenesi diametralmente opposta per il decubito: sotto la azione della pressione verrebbero lesi innanzitutto i tessuti profondi, e da questi la lesione si estende alla pelle, tessuto più resistente. L'azione dannosa della pressione si esplica sia direttamente sui tessuti, che indirettamente ostacolando la circolazione del sangue nei tessuti compressi. Anche disturbi della sensibilità e disturbi trofoneurotici hanno molta importanza per il determinarsi del decubito. Se circolano nel sangue dei germi (malattie infettive) questi si localizzano nei tessuti lesi dalla pressione. Clinicamente si distinguono il decubito infiammatorio, il decubito acuto (neurotico) e il decubito traumatico. Nei pazienti costretti a lunga immobilità a letto si forma nelle parti in cui le ossa sono coperte da scarsi tessuti molli, il decubito infiammatorio. Esso predilige le regioni delle natiche e sacrali, si osserva però anche altrove (coccige, creste iliache, scapole, calcagni, apofisi spinose delle vertebre). Relativamente rara nei giovani, questa forma di decubito colpisce soprattutto pazienti dimagrati e che non riescono a cambiare spesso di posizione nel letto: la si osserva prevalentemente nelle malattie infettive (tifo addominale e petecchiale) nei cardiaci, nell'idrope generale, in intossicazioni gravi, nel marasma e nella cachessia. Pieghe nelle lenzuola, ba-

gnato e sporco favoriscono il decubito. Esso si inizia con un rossore maculoso o diffuso sulle parti di pelle sottoposte alla pressione: in seguito si formano vesciche a contenuto sieroso. La pelle si macera, si apre e senza particolari dolori si sviluppa una gangrena cutanea. Nell'ulteriore decorso questa si delimita oppure si estende. Grandi zone cutanee si trasformano così in una massa nera, necrotica, infine per lo più icorosa. Se migliora lo stato generale o se la terapia è efficace la escara si delimita, la secrezione da icorosa diverta purulenta, i tessuti necrotici si eliminano lasciando una ulcerazione più o meno profonda, con formazione di granulazioni esuberanti si rimargina la perdita di sostanza, lasciando cicatrici rientranti, spesso aderenti all'osso.

Il decubito acuto o neurotico si distingue da quello infiammatorio per la sua comparsa rapida in pazienti affetti da lesioni del sistema nervoso centrale: entro poche ore o giorni si forma al sacro, al calcagno, al malleolo o al trocantere un arrossamento che rapidamente dà luogo a formazione di vesciche: quindi quasi sempre gangrena estesa con escare che comprendono oltre alla pelle il tessuto sottocutaneo e spesso anche la muscolatura. Al contrario da quanto si osserva nel decubito infiammatorio, manca ai margini dell'escara qualsiasi fenomeno reattivo flogistico. Non di rado si hanno decubiti simmetrici. Quando da bendaggi, apparecchi, ecc. la pelle viene compressa contro un piano rigido, l'azione meccanica della pressione e dello sfregamento provoca il decubito traumatico. Al contrario dalle altre due forme, esso si determina in individui del resto sani e si inizia per lo più alla pelle. Questa è da principio pallida, a tonalità bianco-grigiastra o bleu-rossastra, in seguito essa si dissecca in un'escara ben delimitata, dura, brunastra, rientrante. Dolori forti solo all'inizio. Dopo delimitazione le parti gangrenose si eliminano e si ha la cicatrizzazione.

Per prevenire il decubito si abbia cura a che i lenzuoli siano lisci, senza pieghe, senza briciole o altri corpi estranei. Tenere la pelle pulita e pulirla con alcole e cospargerla di polvere di talco e zinco. Cambiare spesso posizione al malato, diminuire la pressione con ciambelle e cuscini ad acqua. Evitare la morfina, dannosa alla vitalità cellulare. Il più efficace metodo di cura del decubito, è mettere il paziente in un letto di acqua: questo è però difficilmente attuabile nelle case private. P.

Sul "pemfigo familiare,,

(IANNUZZI G. *Dermosifilografo*, marzo 1943, pag. 113).

L'A. in un lavoro eseguito nella R. Clinica Dermosifilopatica di Roma, prende occasione da due casi di *pemfigo volgare* o *vero* o *bolloso* verificatosi in due sorelle (di cui una curata nell'Arcispedale di S. Maria e S. Gallicano), ambedue seguiti da morte, e dei quali riporta le storie cliniche, per separare anzi tutto il gruppo del pemfigo cronico, comprese le varietà che vanno sotto il nome di p. *fogliaceo*, *vegetante*, da quello dei così detti *pemfigoidi* secondo la classificazione di RADAELI.

Dopo una disamina delle varie teorie emesse per spiegare la etiologia di questa mortale malattia o gruppo di malattie, visto che non è ancora del tutto chiaro se le tre forme morbose, pemfigo vero o bolloso, o cronico, pemfigo fogliaceo e pemfigo vegetante o condilomatosi pemfigoide maligna di TOMMASOLI (oltre forse la così detta piodermite di vegetante di HALLOPEAU) siano altretanti diversi modi di presentarsi di una stessa affezione o si tratti invece di tre dermatosi diverse; si addentra nella questione del « pemfigo familiare » che insorge cioè in due o più persone legate da vincoli di consanguineità.

Un diligente esame dei casi registrati nella letteratura consente all'A. di riassumere i caratteri comuni a queste forme familiari e lo muove a cercarne una plausibile spiegazione (contagio per intimità di rapporti fra membri di una stessa famiglia, disposizione costituzionale in molti casi anche ereditaria, nel senso di una inferiorità dell'intero organismo o di singoli organi o sistemi, glandole endocrine, sistema nervoso ecc.).

In conclusione, allo stato attuale delle nostre cognizioni, non è lecito se non prospettare in via provvisoria l'esistenza di un « pemfigo familiare » del quale però l'interpretazione è tutt'ora enigmatica e che potrà essere convenientemente sistemato nel quadro generale del pemfigo solo quando ci sarà nota la etiologia di questa dermatosi (1).

Prof. VINCENZO MONTESANO.

---

(1) Già molti anni or sono A. NEISSER affermava di aver visto un numero straordinario di casi di pemfigo fra gl'israeliti ciò che può far pensare ad un fattore etnico perpetuato dall'endogamia e forse anche da tradizionali consuetudini di vita e di alimentazione

A sua volta D. MAIOCCHI rilevò un sensibile aumento di questa malattia dopo la guerra 1915-1918 senza poter dare altra spiegazione all'infuori dei disagi provocati dalla guerra stessa.

Forse il pemfigo familiare è meno raro di quanto risulti dai casi registrati dalla letteratura così accuratamente raccolta e vagliata dall'A.

Io stesso ne osservai un caso in un soggetto attempato, sano, senza tare evidenti nel quale il pemfigo si iniziò dalla mucosa orale e faringea. Una sorella era morta alcuni anni prima per la stessa malattia. Anche questo caso ebbe esito letale.

Tutto ciò per altro non aggiunge nulla alle sobrie ed obbiettive conclusioni di IANNUZZI alle quali si può pienamente sottoscrivere. N. d. R.

Ittero dal punto di vista chirurgico.

(Piri L. *Zentr. f. Chirur.*, n. 34, 1942).

Al chirurgo interessano solo le diverse forme di ittero meccanico. I sintomi sono da riportarsi a 3 cause: la stasi della bile, l'intossicazione prodotta dalla bile riassorbita e la mancanza di bile nel processo di digestione.

L'impedimento al deflusso della bile può essere dovuto ad un'infiammazione acuta o cronica, ad anomalia di sviluppo, a calcolo od a neoformazioni. Negli ultimi 5 anni nel II Reparto chirurgico dell'ospedale S. Istvan di Budapest sono stati operati 302 ammalati delle vie biliari di cui 42 itterici. Di questi, 26 avevano calcolosi della cistifellea, mentre in 18 non fu trovato alcun calcolo perchè era stato espulso nell'intestino attraverso la papilla di Vater.

I tumori che producono ittero solo di rado sono benigni (cisti del pancreas, cisti da echinococco). La neoformazione si sviluppa nel fegato stesso causando stasi nelle prime vie biliari o nella cistifellea e si estende verso l'ilo del fegato; a volte ha sede nelle vie biliari extra-epatiche o nella papilla di Vater. I sintomi di occlusione delle vie biliari si stabiliscono a poco a poco e la chiusura è spesso incompleta. È molto difficile differenziare un ittero meccanico da uno di altra natura, ed è problema molto importante perchè da esso dipende l'indicazione o meno ad operare. Il tono del colore della cute e delle mucose è un buon segno: mentre l'ittero meccanico è caratterizzato da un colore verdastro, simile al verde spinace, l'ittero epatogeno lo è da uno giallo-rossastro o l'ittero emolitico da uno folfino. La storia della malattia ed il colore delle feci non vanno trascurate: nell'ittero non meccanico le feci non sono mai completamente acoliche e nelle urine vi è anche urobilinogeno oltre alla bilirubina. Importante è la preparazione dell'ammalato all'operazione. Nel reparto del prof. Mezö ogni paziente, per 3 giorni consecutivi, riceve cc. 50 di soluzione di glucosio al 40 % endovena, 20 cg. di digitale ed estratti epatici. Se la coagulabilità del sangue è diminuita ed il tempo di emorragia è aumentato, si somministra vitamina K endovena ed in casi più gravi, si pratica la trasfusione sanguigna. Si preferisce sempre l'anestesia paravertebrale alla narcosi. L'A. esegue un taglio parallelo all'arco costale, che, a differenza del taglio mediano, evita il maltrattamento del fegato e, solo se le condizioni generali lo permettono, rimanda l'intervento radicale ad un secondo tempo. Tra i 26 itterici operati per calcolosi delle vie biliari: in 23 fu asportato il calcolo in una sola seduta, mentre in 4 si dovette eseguire prima la colecistostomia e, dopo tre o quattro settimane, si potette asportare il calcolo. Tra i due interventi fu somministrata bile di bue in capsule. Dopo tolto il calcolo l'A. applica un drenaggio con tubo di Kehr, che rimuove dopo 8 o 10 giorni.

Qualche volta l'ostacolo è rappresentato da linfoghiandole ingrossate che comprimono il coledoco. Basta asportarle per ottenere la guarigione dell'infermo. Una soluzione operatoria non radicale dell'ittero meccanico è l'anastomosi tra le vie biliari ed il canale gastro-enterico. In questo gruppo di interventi il più sicuro è la colecisto-gastro- o enterostomia, se il dotto cistico è libero. Se ciò non è possibile si ricorrerà all'anastomosi del coledoco con lo stomaco, col duodeno o col digiuno. La migliore anastomosi è quella col duodeno che ristabilisce la situazione fisiologica. Ma non sempre è possibile ed allora bisogna scegliere tra stomaco e digiuno. Con queste operazioni non radicali, si possono tuttavia avere buoni risultati e riuscire a prolungare di anni la vita. La mortalità nel reparto dell'A. è stata del 19 % cioè: di 42 operati per ittero, 8 morirono e di essi 3 erano da calcoli e 5 da neoplasie. I dati della letteratura coincidono con quelli dell'Autore.

D. Salsamo.

La frattura da marcia o malattia di Deutschlaender.

(G. Laneri *Giornale di medicina militare*, gennaio 1943).

L'A. ha fatto una interessante rivista sintetica su questa malattia. La malattia colpisce per lo più i soldati; ma può colpire anche i civili, per lo più obesi, costretti a stare lungamente in piedi (camerieri, domestici, maestri di ballo). Il piede destro è colpito più spesso del sinistro; qualche volta sono colpiti tutt'e due i piedi.

Soggettivamente la sintomatologia si riduce al dolore localizzato nell'avampiede, sia durante la marcia e la stazione eretta che durante il riposo.

Obbiettivamente il dorso del piede si presenta in corrispondenza dei metatarsi. Nei casi più gravi si ha un vero e proprio edema che si estende anche alla pianta del piede. Il massimo dolore si provoca colla palpazione all'unione del terzo medio e del terzo distale coi metatarsi.

La prima descrizione risale al 1855 ed è quella di Breithaupt, chirurgo militare tedesco, il quale la interpretò come una reazione infiammatoria delle guaine tendinee che seguiva il trauma. Weisbach nel 1877 la chiamò sindesmite metatarsea, perchè la riteneva una reazione infiammatoria delle guaine tendinee pure lui. Panzat, nel 1887, riteneva chè la causa risiedesse nella piega del cuoio che si forma sul dorso delle calzature dei soldati, la quale produrrebbe prima un edema delle parti molli e poi una proliferazione periostale.

Solo nel 1897 fu riconosciuta la presenza, in tutti i casi, di frattura dei metatarsi (il riconoscimento fu fatto colla radiografia). Nion raccolse 575 casi, di cui 112 con lesione del 2° me-

tatarso, 98 del 3°, 17 del 4° e uno solo del 1°. Solo in 28 casi però era stata data la dimostrazione della frattura. Ma si sa che molte volte, anzi la maggior parte delle volte, la frattura si può mettere in evidenza solo per la presenza della reazione periostale che segue ad essa, appunto perchè i malati capitano all'osservazione dopo 4-6 settimane, quando cioè si è già formato il callo periostale.

Nel 1921, Deutschlaender, col cui nome la malattia è nota ora in Germania, parlò di infezione batterica concomitante, basandosi specialmente sull'esistenza di rialzo termico e di formazione tardiva del callo, osservati in tre malati.

Altri Autori, pur riconoscendo la frequente presenza della frattura, sostengono che essa è il risultato del sovraccarico di un piede già debole sia anatomicamente che funzionalmente. Questa insufficienza anatomo-fisiologica è stata spiegata in vari modi: con uno spasmo dei muscoli interossei da Jansen, spasmo prodotto da emorragie sottoperiostali con conseguente osteoporosi e quindi predisposizione alla frattura; con un intervento endocrino (tiroide, ghiandole sessuali).

Per alcuni ha importanza il piede piatto, che faciliterebbe la frattura. Per altri esisterebbe un primo metarso enormemente corto, per cui si avrebbe un atteggiamento in pronazione del piede e un abnorme sovraccarico del secondo metatarso, il quale sarebbe perciò più facilmente esposto alla frattura. In altri casi si ammette che esista un appiattimento dell'arco anteriore formato dalle teste dei metatarsi per cui esse vengono a situarsi tutte sollo stesso piano: la pianta tende quindi ad allargarsi e se la calzatura non è adatta insorge dolore.

È necessario per la diagnosi un accurato esame radiologico. Oltre alle due proiezioni ortogonali è necessario fare delle proiezioni oblique, : perchè a volte solo con esse è possibile mettere in evidenza una linea di frattura. Se un primo esame è negativo è necessario ripetere il radiogramma dopo un certo tempo, quando cioè sono intervenuti processi di riassorbimento, per cui la rima di frattura si è resa più manifesta.

Dal punto di vista medico-legale questa malattia si deve distinguere nettamente dai casi in cui si tratta di autolesionismo.

La prognosi è buona in tutti i casi. L.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE

Il gozzo maligno (Struma maligna) del prof. F. DE QUERVAIN, Berna. Un volume di 160 pagine nella collezione « Neue Deutsche Chirurgie », F. Enke, editore, Stoccarda, 1941).

In un'opera superbamente edita ed illustrata da splendide radiografie, microfotografie e fotografie, di cui alcune a colori, F. de Quervain studia il gozzo maligno nella collezione « Neue Deutsche Chirurgie », fondata da P. von Brums e pubblicata da F. Sauerbruch.

La suddetta forma morbosa risulta quasi sempre dalla degenerazione maligna di un gozzo preesistente; ma ciò che giustifica soprattutto il suo studio clinico d'insieme, a dispetto delle diversità dei suoi tipi anatomo-patologici, è che questo gozzo maligno dà luogo, appunto per la sua stessa situazione anatomica, ad una sindrome sempre identica.

Dopo un breve scorcio storico, l'autore precisa la frequenza, del gozzo maligno e la sua suddivisione e ripartizione secondo l'età, il sesso ed i diversi paesi; ne rischiara quindi le cause ed i rapporti con le affezioni preesistenti della tiroide, specialmente il gozzo benigno, ciò che lo porta a ricercarne ed a spiegarne la pato- ed istogenesi.

In seguito l'A. passa ad uno studio profondo delle diverse forme anatomo-patologiche.

La formazione di metastasi, tanto per via linfogena che ematogena, la possibilità di tumori metastatici sviluppati nella tiroide, le questioni sollevate nel dominio fisio-patologico, sono magistralmente trattate in questo esposto.

L'essenza però dell'opera è consacrata all'evoluzione clinica, alla diagnostica ed al trattamento del gozzo maligno. Modificazioni di crescita rapide, aumento di consistenza diffusa o circoscritta, diminuzione di mobilità ed aderenza al tessuto cellulare sottocutaneo ed alla cute, particolare sensazione soggettiva di tensione intratumorale, tali sono i segni precoci, che devono attirare l'attenzione sulla trasformazione maligna di un gozzo preesistente. Questi sintomi risultano da emorragie endocistiche, da flogosi subentrate (subacute o croniche), da reazioni tissulari di vicinato oppure da invasione dei tessuti prossimiori a mezzo di cellule degenerate, attraverso la capsula tiroidea.

Dolori ribelli ed irradiati non sono un sintomo precoce in generale, così come l'ipertireosi non è un sintomo fondamentale, e tanto meno in Isvizzera (l'Autore non l'ha trovato che nel 6 % delle sue osservazioni).

Una sedimentazione ematica normale non parla contro una neoformazione maligna, mentre che una forte accelerazione di sedimentazione, se non esiste un'altra manifestazione morbosa, rende verosimile l'esistenza di un tumore maligno. La febbre non appartiene alla sintomatologia essenziale del gozzo maligno, ma si può anche incontrare nell'assenza di complicanze flogistiche.

Così pure sono lungamente studiati: i sintomi iniziali e quelli degli stadii ulteriori, poi la sintomatologia speciale di ciascuna delle forme anatomiche (adenoma proliferante di Langhans, papilloma, sarcoma, emangioendotelioma, tumori misti e teratomi); il periodo terminale; l'esame radiologico (che, già indicato in un gozzo banale, è, di più ancora, in un gozzo sospetto di malignità e che si deve sempre estendere ai campi polmonari); la diagnostica differenziale (che comporta essenzialmente due stadii: ciò che si sente appartiene veramente alla tiroide? Si tratta di un gozzo benigno, di un processo flogistico subacuto o cronico, oppure di un tumore maligno?).

L'Autore ritorna in seguito sulla condotta da seguire durante l'esame di un malato, la questione biopsica che viene scartata, le evoluzioni atipiche, l'importanza clinica del tumore primitivo, la situazione anormale del tessuto tiroideo, degenerato (intratoracico, laterocervicale, endotracheale o baso-linguale).

Nel capitolo consacrato al trattamento, de Quervain espone inizialmente come si debbono posare le indicazioni operatorie secondo il caso; indica poi la maniera della tecnica d'intervento; ciò che si deve fare in caso di diagnosi dubbia od in un caso di cancro inoperabile; in questo ultimo frangente, infine, egli indica le operazioni effettuabili per sollevare l'ammalato.

Il volume, molto completo termina con uno studio del gozzo maligno negli animali.

Il manoscritto era appena terminato, allorchè sopravvenne la morte del prof. de Quervain, il 24 genneio 1940. Il suo collega, prof. K. Wegelin, dell'istituto anatomo-patologico di Berna, assicurato la messa a punto dell'opera. Egli segnala nella prefazione da lui redatta che al lettore rincrescerà senza dubbio, come nello esposto dei risultati del trattamento del gozzo maligno, manchi un esame critico, fondato sull'esperienza personale dell'Autore; ma egli si domanda, se in realtà de Quervain stesso non avrebbe considerata tale critica, come prematura.

(Lugano) PEDATTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

ZILLMER W. *Kriegschirurgie im Reserve, Lazarett Theodor Steinkoff* Vol. in-8° di pagg. 500, Editore. Dresden und Leipzig, 1943, MK. 16.

La chirurgia di guerra ha dei suoi aspetti e delle sue particolarità a seconda che si svolge nelle prime linee al posto di soccorso di battaglione o nell'ospedale da campo nell'ambito della zona operativa o infine negli ospedali di riserva in territorio lontano dal fronte di combattimento. Chirurgia d'urgenza la prima e anche la seconda, chirurgia invece e se così si può dire riparativa e definitiva quella che fa il chirurgo dell'ospedale di riserva. Zillmer con la collaborazione di specialisti in ogni singola branca ha illustrato in modo particolare il trattamento post-operatorio dei feriti dei vari organi e sistemi. Quanto è esposto, è il risultato del fin qui acquisito dall'esperienza in questa seconda guerra mondiale e in special modo di quella fatta negli ospedali di riserva della Prussia orientale durante la campagna di Polonia. Poichè non esisteva unicità di giudizio sul trattamento post-operatorio dei feriti, questa branca è stata trattata in modo da definire delle linee direttrici, che sono il frutto di una esperienza che ha dato ottimi risultati.

Il volume chiaramente edito e illustrato da fotografie, è nel momento attuale di grande utilità al chirurgo che con l'anima, ma anche con un corredo scientifico aggiornato, vuole prestare utilmente la sua opera per i feriti di guerra. BENDANDI.

FILIPPINI G. *L'ernia ombellicale*. (Osservazioni anatomiche e ricerche cliniche). L. Cappelli Ed. Bologna 1942, vol. di pag. 158, L. 50.

Una completa trattazione dell'argomento, ricca di ricerche personali e di documentazione è questa monografia di Filippini, nella quale si trova in generale e in particolare tutto quanto può interessare conoscere sull'ernia dell'ombellico. Come il tema richiedeva, lo studio inizia da cognizioni di embriologia, confermate da ricerche personali e dagli elementi anatomici e anatomo-patologici necessari alla comprensione della patologia e della clinica dell'ernia dell'ombellico. In singoli capitoli vengono descritte le varietà secondo una classificazione proposta dall'A.: excelomi, ernia del cordone ombellicale, piccola ernia ombellicale del fanciullo, ernia ombellicale dell'adulto diretta e indiretta. La tecnica operatoria è illustrata nei vari metodi proposti e che la pratica ha sanzionato. Messa a punto di un argomento che presenta un suo interesse chirurgico e che ha i pregi di una monografia ben fatto e con caratteri di originalità BENDANDI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Riunione dei Medici Pratici di Bari.

Seduta del 6 gennaio 1943-XXI
Presidente: Prof. L. FERRANNINI

Azione ipoglicemizzante della bile.

Dott. CARMINE ANTONIO VOX. — L'O. riferisce di aver sperimentato l'azione della bile naturale bovina sulla glicemia di soggetti diabetici e sani: somministrato circa 30 cc. di bile si è avuta una netta influenza ipoglicemica con un massimo di azione entro le prime ore degradando dopo le prime due ore.

Infine ha riscontrato i risultati ottenuti con la derivazione all'esterno della bile nelle colelitiasiche diabetiche operate da Lerche-Jung e recentemente da Togni e ha concluso che, per quan-

to discordanti, questi risultati fanno sorgere nuovi problemi nella etiologia del diabete e tendono a spiegare quanta parte dell'azione ipoglicemizzante degli estratti epatici compete alla bile.

Singolare distrofia del capillizio.

Prof. G. BERTACCINI. — Una ragazza di 27 anni, di costituzione regolare, e senza altre note particolari oltre le manifestazioni di cui è parola, presenta alterazioni specialmente al capo, datanti pochi mesi dopo la nascita, e rimaste pressochè invariate da allora: i capelli sono corti o cortissimi (i più lunghi misurano tre o quattro centimetri, i più corti pochi millimetri), secchi, opachi, quasi impolverati, irti, lanosi, quasi crespi, arruffati, neri la maggior parte (ma sempre opachi), qualcuno grigio. Danno al tatto la impressione di una particolare ruvidezza e secchezza, pure essendo sottili, e tirati tra due dita se ne vengono facilmente, in parte rotti, in parte estratti completamente col bulbo. Esaminati in particolari incidenze di luce e con la lente, non mostrano particolari ondulazioni nè ingrossamenti terminali o intercalari, nè scissure longitudinali terminali. La regione ove le alterazioni raggiungono il massimo grado è la parte alta dell'occipite, ove i capelli sono assai fini, come peli lanuggine, e corti pochi millimetri, ed è più evidente la notevole cheratosi follicolare, visibile in tutti il capillizio. I capelli estratti o rotti esaminati al microscopio mostrano irregolarità nel contorno, variazione di calibro da un capello all'altro e anche nello stesso capello ma non regolari alternanze di ingrossamenti e strozzamenti, ineguaglianza e non omogeneità della sostanza corticale del pelo, e fratture trasversali, in tutti gli stadi, anche più di una per capello. Qualche pelo più sottile e scolorito presenta qualche torsione sul suo asse, ma anche queste non molte e equidistanti. La biopsia eseguita al capo ha permesso di far constatare al microscopio la intenza ipercheratosi, sopratutto follicolare, con deviazione nel decorso del sottostante follicolo (che presenta uno o più gomiti) e del pelo che spesso si presenta raggomitolato sotto le squame che copre l'ostio follicolare.

Le sopracciglia sono rade, e fatte di peli sottili e corti, specialmente al terzo esterno; alle ascelle specialmente, e al pube peli assai più radi e più corti del normale: questi tuttavia tentati con la pinza, offrono resistenza assai maggiore dei capelli, e si lasciano estrarre col bulbo.

Agli arti superiori e inferiori, faccia estensoria, notevolissima cheratosi follicolare e scarsissimo sviluppo dei peli lanuggine, visibili solo con certi accorgimenti.

Le unghie dei piedi sono normali, e invece quelle delle mani assai corte in confronto alla larghezza, e quasi tutte affette da manifesta « coilonichia ».

L'O. discute la diagnosi differenziale di questo caso, che non appartiene nè alle forme note di Tricorressi, nè ai pili torti, nè alle altre forme note di distrofie del capillizio, e potrebbe tutt'al più considerarsi una forma assolutamente atipica e frusta di Moniletri (per tutti gli altri caratteri), pur mancando il carattere fondamentale degli ingrossamenti fusati e strozzamenti moniliformi.

Una inchiesta sui familiari, alcuni dei quali visitati, non sivela famigliarità della distrofia.

La velocità di sedimentazione delle emazie nell'infezione tifoide.

DI BENEDETT DELL'AQUILA M. e DELL'ERBA P. — Gli OO. hanno ricercato la velocità di sedimentazione delle emazie (V.S.E.) in 30 casi di infezione tifoide. Essi affemano che in tutti i casi osservati la V.S.E. è risultata aumentata spesso in maniera assai notevole, solo raramente di poco. Per quanto non risultano differenze sostanziali in rapporto con la gravità della forma, tuttavia in pochi casi in cui la V.S.E. è risultata aumentata soltanto di poco figurano nel gruppo delle forme a decorso lieve o discreti; in suelle a decorso grave la V.S.E. è risultata fortemente aumentata. Esiste un certo rapporto tra V.S.E. e fase della malattia con lieve aumento del periodo iniziale, aumento spiccato in quello di stato e di decremento, e talora aumento anche più notevole nel periodo di sfebbramento e anche a sfebbramento avvenuto. La comparsa di complicazioni infiammatorie è accompagnata da brusco e notevole innalzamento della V.S.E. In caso la comparsa di enterorragia si è accompagnata a notevole abbassamento della V.S.E., che è stata anche bassa in un altro caso di enterorragia. Nessun rapporto è risultato tra contegno della V.S.E. e titolo agglutinante. Un certo rapporto sembra esistere tra V.S.E. e grado di anemia, aumentando la prima con l'aumento della seconda. Pure un certo rapporto sembra esistere tra V.S.E. e numero dei leucociti, con valori della V.S.E più bassi in esso di leucopenia, più alti di leucocitosi. Scarse modificazioni si sono riscontrate in rapporto con la terapia sulfamidica, notevoli con la vaccino-terapia endovenosa.

Eritema a tipo nodoso da solfamidotiazolo.

U. BONCENELLI. — L'O. descrive un caso di eruzione a tipo di eritema nodoso, insorta in un paziente in seguito all'uso di solfamidotiaziolo, e riporta i dati della letteratura sull'argomento.

La comunicazione è svolta negli Atti.

Rottura sottocutanea intestino erniato

G. CATALANO. — L'O. descrive due casi di rottura sottocutanea dell'intestino erniato. In un caso di ernia inguino-scrotale strozzata si è osservata la rottura, per scoppio del ceco, in seguito alle manovre di riduzione praticate dallo stesso paziente, e in un caso di erinia crurale la rottura è avvenuta, con lo stesso meccanismo di scoppio, in seguito a trauma diretto.

Sulla base di queste osservazioni e di quello, piuttosto raro, rilevato nella letteratura, descrive e discute ampiamente il meccanismo di produzione di tale rottura intestinale, la sintomatologia e lo terapia; soffarmandosi e ribadendo il concetto della necessità, in tali casi, di una diagnosi precoce, che porti all'intervento immediato.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA

Su alcuni nuovi indirizzi e mezzi di ricerca nel campo della colecistografia.

Premesse alcune notizie sui vari metodi di colecistografia, A. Tattoni (*L'Abruzzo Medico*, n. 4, 1942), primario radiologo dell'ospedale di Teramo, riporta i risultati delle proprie esperienze col biliselectan Schering, basate su oltre 60 colecistografie. Il preparato in soggetti normali dà un'opacizzazione ottima e costante, che ne dimostra l'eccellente potere epatotropo, non provoca alcun disturbo, neppure in malati con turbe funzionali cardiache e presenta ottimo assorbimento, anche in condizioni irritativo-infiammatorie del tubo gastroenterico; la tonalità del contrasto è sempre superiore a quella ottenuta con altri mezzi per via orale. Molti dei casi di mancato opacamento sono stati confermati come negativi all'atto operatorio. Le cistifellee visualizzate si presentano frequentemente voluminose e rispondono con un certo ritardo allo stimolo colecistocinetico, reperto che, confermato, potrebbe modificare i criteri di giudizio sulla motilità dell'organo. Lo studio funzionale dello svuotamento della colecisti è stato fatto con la prova di Sabatini-Gigante della mannite; l'A. afferma che essa sostituisce benissimo quella di Bronner con risparmio di uova; egli sottopone poi ad ampia discussione il significato delle diverse prove di svuotamento e particolarmente i recenti reperti di Tasca sulla colecistografia tardiva provocata con i sali biliari (decholin), per concludere che tali colecistografie, comunque ottenute, devono ritenersi eccezionali quando il mancato opacamento della cistifellea è in rapporto con una reale e seria sindrome epatobiliare; tuttavia la prova decolinica in qualche caso può offrire utili precisazioni nel difficile campo della diagnostica radiologica. F.

CASISTICA E TERAPIA

Sulla chemioterapia delle ferite di guerra.

Il trattamento sulfonamidico delle infezioni chirurgiche dice B. Karitzky (*Münch. med. Wschr.*, 5 marzo 1943) si trova ancora oggi nella fase sperimentale ed è difficile pertanto dare su di esso un giudizio definitivo.

Degno di nota è pertanto questo lavoro di Karitzky nel quale vengono riferiti i risultati ottenuti con le somministrazioni di sulfamidici nei feriti di guerra del fronte orientale, sia a scopo profilattico sia a scopo terapeutico.

In linea generale, l'A. ha l'impressione che nelle infezioni chirurgiche i sulfonamidici non diano i risultati brillanti che si ottengono nella polmonite, nella meningite epidemica e nella gonorrea.

Nelle gravi infezioni chirurgiche osservate nelle cruenti battaglie primaverili e invernali in Russia, non si potevano mettere in evidenza particolari vantaggi della profilassi sulfonamidica: malgrado l'uso tempestivo e razionale di Mesudin, Prontallin ecc. si verificarono con grande frequenza infezioni e virulente e maligne; nè poterono essere evitate le infezioni da cancrena gassosa. In ogni modo i risultati sembrarono essere migliori col trattamento sulfonamidico per os, che con quello locale.

Più convincente apparve l'azione terapeutica dei sulfonamidici, naturalmente nei casi in cui essi non erano già stati invano usati per la profilassi.

In conclusione, pur non essendo i tentativi di chemioterapia sulfamidica delle ferite di guerra estremamente convincenti, l'A. ritiene che essi debbano essere continuati ed esprime la speranza che nuovi composti più attivi e dosaggi diversi possano condurre a risultati migliori. C. IANDOLO.

La infezione focale alla luce della allergia.

Nelle infezioni focali, dice H. Schnetz (*Wiener Archiv. für Innere Medizin*, 20 febbraio 1943), accanto alle cause infettive, anche i fattori allergici tengono un posto di rilievo. Pertanto nella polimorfa sintomatologia delle malattie da infezione locale si trovano, l'uno accanto all'altro, in diversa misura, fenomeni infettivi e fenomeni allergici. Grande è il numero di quadri morbosi che possono essere attribuiti ad un focus infettivo. Accanto alle malattie acute e croniche delle articolazioni, dei muscoli e dei nervi, di natura reumatica e infettiva; sono da ricordare prima di tutto le malattie cardiovascolari, le flogosi renali, affezioni mal definite dello stomaco e dell'intestino, certe forme di anemie, e, non ultimo, il grande capitolo delle malattie allergiche.

Il risanamento dei presumibili focolai d'infezione deve essere perseguito nella maniera più energica. Se anche non si può negare che, per esempio, vi sono casi di poliartrite reumatica che anche senza l'allontanamento di foci infettivi sono suscettibili di miglioramento o addirittura di guarigione con i salicilici o col piramidone, è altrettanto vero che molti casi di malattie gravi come poliartriti acute e croniche, endo-mio-pericarditi, ipertensioni angiospastiche, stenocardia, nefriti, malattie allergiche (asma bronchiale, emicranìa, edema di Quincke, orticaria, eczema, eritema nodoso, eritema polimorfo essudativo ecc.) possono giungere a guarigione solo attraverso il radicale allontanamento dei foci.

Schnetz espone alcune interessanti storie cliniche, che dimostrano lo stretto intrecciarsi di infezione focale e di allergia, nonchè il

successo terapeutico ottenuto attraverso il risanamento dei foci.

I vantaggi raggiunti con questo risanamento ci obbligano a considerare con la dovuta attenzione, nella ricerca causale delle malattie da infezione focale, gli endoallergeni dal focus infettivo.

Diverrà così maggiore il valore dell'allergia nella patologia e in ispecial modo nelle infezioni focali e se ne gioverà la pratica medica.

C. IANDOLO.

Trattamento dei processi suppurativi degli arti con iniezioni endoarteriose di sulfonamidici.

Poichè i sulfonamidici debbono raggiungere una alta concentrazione nel mezzo in cui vengono a trovarsi per poter svolgere una azione decisiva, P. Tagariello (*Minerva Medica*, fasc. 51, 1942) ha pensato che la scarsità di risultati clinici nei processi suppurativi degli arti ad es. fosse dovuta a una non sufficiente concentrazione della sulfamide, data la via di immissione nell'organismo. Ha perciò usata la via di somministrazione endoarteriosa, colla quale si proponeva di otterere la sufficiente concentrazione del sulfonamidico nel sangue e quindi una azione decisiva contro i germi della suppurazione. Il trattamento è stato applicato a 50 casi di processi suppurativi degli arti e cioè a 25 flemmoni della mano, 14 paterecci, 11 flemmoni degli arti inferiori: l'iniezione endoarteriosa a cielo coperto è stata fatta nell'omerale, nella radiale o nella femorale con una soluzione ipertonica di un grammo di sulfanilamidotiaziolo puro, senza inconvenienti di rilievo: quando esistevano già raccolte ampie di pus queste venivano aperte o aspirate altrimenti si procedeva senz'altro all'iniezione. Risultati « brillanti » dice l'A.: facilità e semplicità di esecuzione del metodo, diminuzione delle dosi necessarie di sulfonamide somministrata per altre vie e potenziamento della loro azione quando vengono iniettati per via endoarteriosa.

BENDANDI.

Le iniezioni sclerosanti come metodo generale di trattamento delle suppurazioni tubercolari fredde.

P. Lefevre e L. Condamine (*Presse Médicale*, vol. 49, fasc. 82, 1941) rilevano che le sostanze « modificatrici » usate nel trattamento delle suppurazioni tubercolari croniche sono state numerose, ma nessuna ha mai ottenuto una generalità di consensi: al contrario il succedersi di nuove proposte dimostra che nulla di definitivo si è mai ottenuto in questo campo. Queste sostanze in realtà erano proposte come modificatrici della malattia tubercolare e come aventi proprietà di agire sul bacillo di Koch. È a questo errore di interpretazione sul modo di azione di queste sostanze, che dovessero cioè avere una azione antimicrobica, che si devono gli insuccessi nella applicazioni del metodo. Così gli AA. i quali sono convinti che l'efficacia del cloridrato doppio di chinino-uretano da essi impiegato nel trattamento delle suppurazioni tubercolari sia dovuta non già a una qualunque specificità del prodotto contro il bacillo di Koch ma a una proprietà che in gradi diversi esiste in tutte le sostanze che sono state precedentemente usate come modificatrici e cioè a una azione irritante, caustica sui tessuti, con infiammazione di origine chimica e reazione sclerosante consecutiva. L'esperienza è stata fatta in 5 casi di adeniti cervicali, 2 ascessi pottici, in tre casi di suppurazioni vecchie e gravi di ferite chirurgiche (nefrectomie e toracoplastica) in due casi di fistole formatesi sul tragitto di toracocentesi per pleuriti tbc., in un ascesso tbc. del seno in una epididimite doppia fistolizzata, in 7 casi di pleuriti purulente croniche. Solo in due di questi ultimi casi hanno avuto due insuccessi. Gli AA. pensano che le iniezioni sclerosanti di chinino-uretano siano il trattamento di scelta di tutte le suppurazioni tubercolari fredde o raffreddate.

BENDANDI.

La terapia delle affezioni del parenchina epatico.

Il fegato è un organo dall'attività funzionale multiforme: è insieme una cucina e una dispensa che trasforma e distribuisce il glucosio, l'albumina e i minerali; controlla il ricambio dell'acqua; assolve funzioni digestive, secretorie ed escretorie. Tutte queste mansioni sono alterate nelle affezioni del parenchima epatico, ed il miglior trattamento di queste affezioni, osserva T. Brugsch (*Medizinische Klinik*, 1943, n. 1) consiste nello sgravare l'attività del fegato.

Occorre innanzi tutto il riposo a letto, il che spesso si ottiene difficilmente perchè l'infermo non avverte molto malessere. L'esperienza insegna che l'itterizia catarrale guarisce tanto più rapidamente quanto più presto il malato si mette in riposo. Senza dire che l'isolamento in caso d'ittero infettivo costituisce anche un mezzo per evitare la diffusione della malattia.

L'elemento più importante per giudicare lo stato della funzione epatica è la coleresi, che condiziona l'itterizia. Questa non può essere apprezzata dall'aspetto dell'infermo ma dal contenuto della bilirubina nel sangue. Una bilirubinemia di mgr. 0,08-0,10 corrisponde ad un grado moderato di ipocoleresi.

La coleresi può essere attivata mediante le irrigazioni intestinali, l'ingestione di speciali acque minerali e di colagoghi nonchè mediante un'adatta dieta.

Le irrigazioni sono sopra tutto indicate all'inizio dell'itterizia catarrale e durante le esacerbazioni. È consigliabile praticarle tre volte

al giorno e per tre giorni consecutivi, con due litri di acqua a 20°-25° ciascuna volta. Esse determinano una riduzione della bilirubinemia e della epatomegalia.

Le lavande duodenali, che richiedono una tecnica più complicata, si praticano con soluzione di solfato di magnesia al 30 %; sono indicate nelle forme croniche d'atrofia epatica.

Le acque minerali agiscono per il loro contenuto in bicarbonato di sodio e solfato di magnesio. Sono indicate specie quando esiste stitichezza; non vanno adoperate quando la quantità di urina giornaliera non supera i tre quarti di litro. Vanno bevute a sorsi. È buona praica far coincidere con le bibite l'applicazione di cataplasmi sul fegato.

La coleresi può essere attivata con mezzi diretti (acidi biliari, atofan, salingan, caffeina) o indiretti (i sali su indicati, secretina, istamina).

Tenuto conto che negli epatici si riscontra diminuzione della secrezione dell'acido cloridrico e della pepsina è raccomandabile la seguente pozione da prendersi a cucchiai ogni ora: pepsina gr. 20, acido cloridrico gr. 20, acqua gr. 200.

Quando si sospendono le acque minerali si somministra acido deidrocolico puro per 8-14 giorni, per poi ricominciare dopo una pausa di tre giorni.

Il salingan e l'atofan sono controindicati nelle affezioni del parenchima, nelle quali sono controindicati anche gli antipiretici e gli ipnotici.

La caffeina si somministra quando la pressione vasale discende sotto i 100 mm.

Il glucosio si può somministrare per via orale (gr. 30 in 100 di acqua) senza insulina, a meno che l'infermo non ne abbia a sufficienza.

La dieta deve essere di poco volume, povera di grassi e di liquidi. Di latte si può dare non più di mezzo litro al giorno; la carne può essere data in poca quantità e senza condimenti.

Nell'ingrossamento del fegato di natura allergica giovano il calcio per via endovenosa e l'epetonina; negli ingrossamenti infiammatori consecutivi a difterite, dissenteria, ecc., giovano le ventose sull'ipocondrio destro. Su ogni caso sono consigliabili le iniezioni endovenose di soluzioni ipertoniche (cloruro di sodio al 30 %) e l'introduzione con sonda di solfato di magnesia al 30 %.

In quanto alle vitamine si deve tener conto che è deficiente quella K, donde la tendenza alle emorragie, e talvolta anche quella A.

L'ormonoterapia è quasi sempre controindicata.

Nei cirrotici in fase di recrudescenza si praticherà lo stesso trattamento indicato per le affezioni del parenchima, ma nelle fasi di remissione si eviterà l'ipoalimentazione.

Nel coma epatico giova l'iniezione endovenosa di 5-20 cmc. di soluzione di acido fosforico al 5 % con o senza glucosio. DR.

IGIENE

Origine idrica e trasmissione digestiva della poliomielite.

P. Lépine e J. C. Levaditi (*Presse médicale*, 13 marzo 1943) rilevano che l'ipotesi, emessa da Kling nel 1929, di una origine idrica della poliomielite, ha suscitato un gran numero di studi epidemiologici e sperimentali in Francia, in Inghilterra, in Svezia e negli Stati Uniti. Da tali studi risulta ormai completamente dimostrato:

1) Che la poliomielite può essere trasmessa per via digestiva. Le esperienze di Kling, Levaditi e Lépine provano che è facile infettare a colpo sicuro e per via digestiva il Macacus cynomolgus. Nell'uomo esiste un argomento a favore della penetrazione del germe per la via digestiva: in molti casi mortali di poliomielite è stato trovato il virus nei gangli mesenterici e nei gangli cervicali, mentre esso non fu trovato nè nel sangue nè nella milza nè in altri gangli linfatici.

2) Che le materie fecali dei soggetti infetti sono virulenti. Le nuove tecniche sperimentali hanno permesso di constatare, a numerosi AA., la presenza del virus poliomielitico nelle feci dei malati a volte con maggiore frequenza che nel secreto naso-faringeo. Ciò faceva sospettare:

3) Che nel corso delle epidemie il virus è presente nell'acqua delle fogne. Questo fatto fu stabilito con assoluta certezza nel 1939 da Paul, Trask e Culotta, a Charleston. Nello stesso anno Kling fece a Stoccolma constatazioni analoghe.

Questo insieme di fatti non deve far pensare che la epidemiologia della poliomielite sia completamente nota. Finora, per esempio, la presenza del virus negli alimenti, pur sospettata, non ha potuto essere dimostrata.

I numerosi argomenti scoperti in favore della penetrazione del virus per la via digestiva non infirmano la teoria del contagio respiratorio, questo modo di contagio essendo l'eccezione mentre la via digestiva sembra essere la regola C. IANDOLO.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Attività assistenziale durante l'ultima campagna di monda del riso.

Si hanno alcuni dati e notizie che permettono di fare un interessante consuntivo dell'attività assistenziale svolta dalla Confederazione fascista dei lavoratori dell'agricoltura durante l'ultima campagna di monda del riso.

Nei vari posti di ricovero e di ristoro sono state assistite con pernottamento 56.915 mondine e con refezione e ristoro ne sono state assistite 392.803. L'assistenza medica in risaia, espletata dai servizi sanitari delle Mutue di malattia, è stata oltremodo soddisfacente e sollecita nonostante le comprensibili difficoltà dovute ai trasporti ed al richiamo alle armi di numerosi medici.

Gli asili-nido, sotto la vigile attenzione dei dirigenti dell'Opera nazionale maternità ed infanzia, con la fattiva collaborazione dei Fasci femminili e delle Unioni provinciali, hanno funzionato ovunque assicurando premurosa assistenza e razionale alimentazione a migliaia di bambini inferiori ai 5 anni.

Complessivamente, nei 522 asili-nido, sono stati assistiti 20.086 bambini. Le prime mondine e cuciniere preposte ad ogni singola squadra sono state scelte in accordo con i Fasci femminili. Complessivamente hanno funzionato 10.619 prime mondine, delle quali 4236 forestiere, 6383 locali e 4112 cuciniere.

L'assistenza sanitaria estesa alle famiglie di alcune categorie di lavoratori.

A seguito delle trattative svoltesi tra le Confederazioni fasciste dei lavoratori e dei datori di lavoro del commercio, con la collaborazione della Cassa nazionale malattie per gli addetti al commercio, è stato raggiunto l'accordo per la estensione dell'assistenza di malattia anche al nucleo familiare dei lavoratori turnistici dipendenti da aziende di panificazione, degli operai stagionali, avventizi o giornalieri dipendenti da aziende ortofrutticole e dei lavoratori turnistici di altre categorie.

L'accordo, che è di notevole importanza, per le non lievi difficoltà d'ordine tecnico, connesse con la peculiarità del rapporto di lavoro, che si son dovute superare, va in vigore ai fini contributivi dal 1° maggio c. a., ed ai fini assistenziali dal 1° giugno.

A seguito, inoltre, dei voti espressi dalla Confederazione fascista dei lavoratori del commercio, il Comitato esecutivo della Cassa Nazionale Malattie addetti al commercio, in occasione del 21 aprile, ha deliberato il perfezionamento delle prestazioni già esistenti per i figli dei lavoratori di età inferiore ai 6 anni con l'estensione della assistenza medica domiciliare.

> **Noi curiamo gli ammalati non le malattie.**
> **GUIDO BACCELLI.**

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il Duce ha comandato nella carica di Vice-Segretario del P.N.F. Leonardo Gana, nato a Tempio (Sassari) nel 1893, iscritto al P.N.F. dal 12 ottobre 1919, combattente nella guerra 1915-1918 e nella guerra dell'Impero, mutilato, decorato di medaglia d'argento e di croce al V. M., federale di Sassari, l'Asmara, Terni, medico chirurgo.

Il Duce ha comandato a far parte del Direttorio del P.N.F. Franz Pagliani, nato a Concordia sul Secchia (Bologna) nel 1904, iscritto al P.N.F. nel 1920, squadrista legionario della Marcia su Roma, combattente in A.O.I., decorato di medaglia di bronzo al V. M., già segretario del G.U.F. di Bologna, già componente del Direttorio federale di Modena, professore di patologia chirurgica nella R. Università di Bologna.

NOTIZIE DIVERSE

Temi dei Congressi di Medicina Interna.

Per il 1943: 1) Tumori del colon (in comune con la Società Italiana di Chirurgia) - Relatore di parte medica: prof. Paolo Alessandrini - Relatore di parte radiologica: prof. Pietro Cignolini - Relatore di parte chirurgica: prof. Girolamo Matronola; 2) La malaria secondo le moderne concezioni - Relatore: prof. Guido Izar; 3) Lesioni croniche degli apici del polmone con speciale riguardo a quelle non tubercolari - Relatore: prof. Attilio Omodei Zorini.

Per il 1944: 1) Le sindromi mediastiniche (in comune con la Società Italiana di Chirurgia) - Relatore di parte medica: prof. Luigi Condorelli; 2) Epatopatie acute - Relatori: prof. Cesare Frugoni e prof. Mario Coppo; 3) I disturbi dello sviluppo di origine ipofisaria - Relatori: prof. Carlo Gamna e dott. Francesco Ceresa.

Congressi e convegni.

Dal 25 al 29 maggio si è tenuta a Madrid la prima riunione annua dei tisiologi spagnoli; sono state discusse 5 relazioni e si è svolto un ciclo di conferenze. Per eventuali informazioni rivolgersi al segretario generale, dott. B. Benítez Franco, Velázquez 10, Madrid.

Il 3° Congresso panamericano di endocrinologia è indetto a Buenos Aires dall'1 al 6 luglio 1943. Il Comitato esecutivo è presieduto dal dott. Bernardo A. Houssay. Temi in discussione: Fattori endocrini nel diabete; Gonadotropina; Corteccia surrenale. Sede del Comitato esecutivo: Córdoba 212, Buenos Aires.

Il 6° Congresso panamericano sulla tubercolosi è indetto ad Avana pel dicembre 1943.

Una conferenza.

Il 26 maggio, alla Reale Accademia delle scienze medico-chirurgiche di Napoli, presenti il console generale di Germania Walter Wuster, soci dell'Accademia, professori dell'Università della facoltà di medicina e chirurgia, studenti e cultori delle scienze medico-legali, il prof. Vincenzo Ma-

rio Palmieri, direttore dell'Istituto di medicina legale e delle assicurazioni dell'Università, ha tenuto una conferenza sui risultati della inchiesta internazionale di medicina legale e sui cadaveri esumati nella selva di Katyn presso Smolensk.

L'oratore — che è stato presentato all'uditorio dal professore Jemma, socio anziano della Reale Accademia — ha accennato al rifiuto da parte della C. R. internazionale di eseguire un'inchiesta ed alla decisione del Governo germanico di convocare una commissione internazionale di medici legali nella quale l'oratore ha rappresentato l'Italia. È passato poi a descrivere i procedimenti adottati e i risultati a cui la commissione è pervenuta. Il terreno secco e sabbioso ha conservato relativamente bene i cadaveri e i documenti; perciò relativamente facile è stata l'identificazione delle vittime e si è potuto stabilire anche l'epoca del massacro.

La conferenza, illustrata da numerose proiezioni, è stata ascoltata con vivo interesse.

Un po' dovunque.

La Principessa di Piemonte ha visitato, in Roma, il Centro Mutilati, intrattenendosi nei vari reparti e interessandosi alle condizioni di ciascun ricoverato.

Nell'Accademia di Medicina di Torino, durante la seduta del 20 aprile, il vice-presidente prof. Carlo Gamna ha commemorato il compianto presidente prof. Ottorino Uffreduzzi.

Il prof. Wilhelm Hoffmann, direttore della rivista « Der Deutsche Militärazt » ha festeggiato, il 3 maggio, il suo 70° compleanno. Egli è un valente igienista; durante la guerra 1914-18 prestò opera efficacissima nella lotta contro le malattie epidemiche.

Si è iniziata la pubblicazione della rivista « Bucovina Medicala », a periodicità mensile, ricca di materiale e vario. Sede: Spitalul Central, strada Transilvaniei 21, Cernauti, Romania.
Auguri.

La signora Nanna Conti, direttrice del Sindacato delle ostetriche del Reich, è nominata direttrice di segreteria della Lega internazionale delle ostetriche, fondata nel 1919. La signora Conti è madre del dott. Conti, direttore dei servizi sanitari del Reich.

Il prof. Alfred Vogt ha lasciato, in seguito a propria richiesta, col 15 aprile, l'insegnamento della Clinica oculistica nell'Università di Zurigo; è stato nominato professore onorario.

Il 29 aprile venne celebrato il 110° anno di fondazione dell'Università di Zurigo, nella Chiesa di San Paolo, con un discorso del rettore prof. E. Brunner e con canti degli studenti. Alla fine del 1942 l'Università annoverava 247 docenti (contro 243 alla fine del 1941) e tra essi 58 professori ordinari, 34 straordinari, 17 onorari, 116 docenti privati; gli studenti nell'ultimo semestre invernale furono 2752 (contro 2614 nel semestre invernale del 1941).

L'Istituto statale di medicina sperimentale di Francoforte sul Meno, per assicurarsi il mantenimento degli stipiti di pallida e di framboesia, prega istituti, cliniche e laboratori di voler comunicare quali stipiti siano conservati nei conigli. Indirizzo: Staatl. Institut für experimentelle Therapie, Ludwig Rehn-Strasse 44, Frankfurt a. M., Germania.

Di fronte alle difficoltà, inerenti allo stato di guerra, di pubblicare i lavori scientifici per intero e corredati di protocolli — il che potrà in avvenire destare controversie di priorità difficili a redimere — il dott. Conti, direttore dei servizi sanitari del Reich, ha invitato i medici a inviare una copia dei manoscritti originali, con un breve riassunto — qualora non sia possibile la pubblicazione nella stampa tecnica — presso il suo ufficio, ove rimarranno in deposito come documenti. (Indirizzo: Tiergartenstr. 15, Berlin W 35).

La « Schweizerische Mediz. Wochens. » ha destinato un numero doppio, 19 e 20, alla chemoterapia: esso consta di 144 pagine (si noti che la « Rivista medica svizzera » è di grande formato); comprende ben 29 lavori ed è corredato di una bibliografia che risulta di 958 voci e di un indice degli autori citati.

La Croce Rossa Tedesca ha prestato la sua assistenza alla Grecia, fornendo medicinali e sieri e organizzando azioni a favore dei greci dislocati in Germania, Francia e Ungheria; ha anche agevolato il trasporto, attraverso la Germania, dei prodotti inviati dalle Opere di soccorso unite che hanno sede in Ginevra. (Das Deutsche Rote Kreuz, maggio 1943).

Una bomba nemica che ha centrato il brefotrofio provinciale di Reggio Calabria, nonostante i segni protettivi della Convenzione internazionale, ha ucciso 33 bambini lattanti, 14 nutrici ed una suora.

Si apprende da Tokio, 24 maggio, che la nave ospedale giapponese « Baikal Maru » è stata attaccata, presso Rangoon, da sette aeroplani nemici, tre dei quali l'hanno mitragliata. La nave, che era stata notificata al nemico come ospedale, portava evidenti i contrassegni internazionali ed era completamente illuminata.

In Slovacchia sono stati emessi tre francobolli a favore della Croce Rossa; hanno il valore nominale di 50 slovenko, di 1 e 2 corone, maggiorati rispettivamente di 50, 70 e 80 slovenko.

Il prefetto di Palermo ha sospeso tre farmacisti, dottori Antonino Cascio, Pietro Santomauro e Giovanni Saladino, per chiusura notturna abusiva dei loro esercizi compresi nel turno di servizio, privando così la popolazione dell'assistenza farmaceutica in un momento di particolari esigenze. Tre proprietari di farmacie sinistrate sono stati nominati commissari di gestione delle farmacie di proprietà dei puniti.

Il prof. Moldino Figueiro, del Brasile, si è autooperato di appendicite acuta, con l'aiuto di uno specchio e con l'assistenza di un infermiere, dopo aver invano chiesto d'urgenza l'opera di tre colleghi, i quali erano tutti assenti. Così il « Corriere della Sera », del 21 maggio.

Il prof. MARIO CHIOVENDA, ordinario di anatomia e istologia patologica nell'Università di Milano, è morto di dolore, in questa città, due giorni dopo la perdita dell'amatissima consorte Luisa Matricardi, morte avvenuta per asfissia in seguito al distacco del tubo adducente il gas in cucina, per una caduta della signora stessa.

Il prof. Chiovenda contava appena 38 anni; era succeduto, tre anni or sono, al suo maestro prof. Pepere, rimasto vittima di un investimento ciclistico a Milano.

Il Chiovenda era nato nell'Ossolano, da nobile famiglia di Premovella; era nipote del gen. Matricardi, dell'arma aerea.

La sua produzione scientifica era molto apprezzata. C. S.

È deceduto in Roma il prof. RICCARDO DEMICHELE, in età di 56 anni, da Raiano (L'Aquila). Valente oculista, da un trentennio esercitava nella capitale.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Deut. Med. Woch., 19 feb. — HARMSEN e HAUER. Sieroreazioni nella malaria terzana.

Praxis, 18 feb. — A. FONIO La digitale nel trattam. delle ferite.

Klin. Woch., 27 feb. — F. HOFF e G. KABISCH. Funzione capillare nell'insufficienza cardiaca. — K. VOIT. La febbre da pappataci.

Wien. Klin. Woch., 26 feb. — O. ALBRECHT. La psiche dell'uomo. — H. FUHS. Il decubito.

Giorn. di Cl. Med., 10 feb. — S. MASSERA. Vaccinoterapia endov. di forme eberthiane. — L. BATTISTONI. Motilità dello stomaco e testoviron.

Revue Méd. Suisse Rom., 10 feb. — Sulfamidici.

Min. Med., 27 genn. — P. LARIZZA. Terapia delle sindromi vasomotorie con ormone follicol.

Arch. It. di Chir., mag. — L. PARODI e P. MONTALDO. Il sistema capillare nell'immediato periodo post-operatorio.

Settim. Med., 29 nov. e 27 dic. — Numeri di ortopedia e traumatologia.

Rif. Med., 13 feb. — A. CIMINATA. Chirurgia gastrica. — N. QUATTRIN. Citologia del liquor cef.-rach. nella meningite cer.-spin. epidem.

Rev. Méd. Suisse Rom., 25 feb. — P. ALPHONSE e R. JUNET. Reumatismo cron. progress. generalizzato. — J. MICHAIL. Sequele della poliomielite e loro trattam. — J. BONSTEIN. Penicillina.

Rass. di Clin. ecc., nov.-dic. — G. DE DOMINICIS. Tremore d'origine tossico-professionale. — M. MARIOTTI. Febbri criptogenetiche.

Rev. Clin. Españ., 15 genn. — F. VIVANCO. Ormoni dell'apparato diger. — S. BRAVO OLALLA. Granulia acuta — J. M. GALARD PARÍS. Cirrosi splenomegalica.

Presse Méd., 27 febb. — J. VIDEL e al. Colesteroco'emia nella tbc. polm.

Arch. di Pat. e Cl. med., dic. — G. PFLÀ e C. FERRONI. Sindromi epato-anemiche. — L. G. ROVERSI. Bilirubinemia e metabolismo lipidico nell'accesso malarico.

Indice alfabetico per materie

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma. Stab Tip Armani di M Courrier